

Syarat Pengajuan Klaim Meninggal Dunia :

1. Form Pengajuan Klaim Meninggal Dunia (Form Sequislife) yang ditanda tangani oleh Ahli Waris
2. Form Keterangan Ahli Waris (Form Sequislife) yang ditanda tangani oleh Ahli Waris
3. Surat Keterangan Dokter (Form Sequislife) diisi oleh dokter yang merawat Tertanggung sebelum meninggal dunia
4. Fotocopy KTP yang masih berlaku (Almarhum & Ahli Waris)
5. Fotocopy Kartu Keluarga
6. Fotocopy Akte Kelahiran untuk Ahli Waris berusia <17 th
7. Surat Keterangan Kematian (asli/fotocopy legalisir) dari RS
8. Akta kematian (asli/fotocopy legalisir) dari Pemerintah Daerah
9. Polis asli
10. Fotocopy buku tabungan ahli waris (halaman depan)
11. Surat Keterangan kecelakaan dari kepolisian bila meninggal karena kecelakaan
12. Apabila pembayaran akan dikuasakan kepada Suami/Istri/Orangtua/anak, harus menyerahkan surat kuasa (Form Sequislife)

Petunjuk Pengisian Formulir :

- Penulisan menggunakan TINTA HITAM dan huruf KAPITAL.
- Semua Dokumen Pengajuan dan Pertanyaan pada Formulir Klaim & Surat Keterangan Dokter harus diisi dengan benar, lengkap dan jelas tanpa pembebanan kepada PT AJ Sequislife.
- WAJIB melampirkan dokumen & hasil-hasil pemeriksaan penunjang.
- Apabila penerima manfaat lebih dari satu, tambahkan informasi pada halaman dibalik ini.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :

Nomor KTP :

Alamat :

Kode Pos :

Nomor Telepon : - Handphone : -

E-Mail :

Hubungan dengan Tertanggung :

Diri Sendiri Pasangan Orang Tua Anak Saudara Kandung Lainnya _____

Ingin mengajukan klaim atas polis:

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

Nama Tertanggung :

Alamat :

Nomor Telepon : - Handphone : -

E-Mail :

Jenis Klaim : Klaim Kematian Penyakit Kritis Cacat Tetap/Sebagian Bebas Premi Kesehatan

Tanggal Kejadian / Perawatan : / / Selesai Perawatan (untuk klaim Kesehatan) : / /

Penyebab Dirawat / Cacat / Meninggal : Penyakit Kecelakaan

Berikan gambaran secara singkat mengenai gejala / kejadiannya :

Apakah tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain ? Tidak Ya, mohon isi kolom di bawah ini

Nama Perusahaan :

Nomor Polis (pisahkan dengan tanda koma apabila memiliki lebih dari 1 polis) :

Pembayaran dapat dilakukan dengan Transfer pada

Bank :

Cabang :

Kota :

Nama Pemilik Rekening :

Nomor Rekening :

Demikian pengajuan klaim ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

/ /

SURAT KETERANGAN AHLI WARIS

UNTUK MEMPERCEPAT PROSES KLAIM, SEMUA PERTANYAAN DI BAWAH INI HARUS DIJAWAB DENGAN BENAR, LENGKAP DAN JELAS

POLIS NO : -
 NAMA TERTANGGUNG : _____
 TEMPAT & TANGGAL MENINGGAL : _____

* berikan tanda “√” pada keterangan yang membutuhkan pilihan

1. Apakah alm. (ah) meninggal dengan tiba-tiba (mendadak tanpa sakit) ? Ya Tidak
 Menurut keterangan dokter yang merawat, alm (ah) menderita sakit apa? (Sebutkan nama penyakit).....

2. Apabila alm (ah) meninggal dengan tidak mendadak (tiba-tiba), berapa lama alm. (ah) sakit atau sejak kapan sakitnya tersebut ?(hari/minggu/bulan)
 Apakah alm (ah) dirawat inap di Rumah Sakit? Ya Tidak
 Bila alm (ah) dirawat inap di Rumah Sakit, sebutkan :
 Berapa lama ?
 Nama Rumah Sakit dimana alm (ah) dirawat inap
 Dokter yang menangani selama dalam perawatan inap tersebut
3. Apakah gejala/keluhan yang dialami alm (ah) sebelum meninggal
 menderita panas jatuh pingsan (tidak ingat diri) menderita berak berak /mencret
 menderita sakit nyeri dada menderita sakit batuk /sesak nafas menderita sakit pinggang
 menderita lumpuh / kejang menderita sakit muntah-muntah mengalami pembengkakan kaki
 menderita sakit perut / kembung perut
 Bila menderita sakit pinggang apakah ada gangguan kencing ? Ya Tidak
 Bila ya, sebutkan gangguan tersebut ?
 tidak bisa kencing kencing tersendat kencing nanah kencing darah kencing batu
4. Apakah almarhumah meninggal saat sedang hamil ? Ya Tidak
 Apakah almarhumah meninggal saat sedang dalam proses persalinan ? Ya Tidak
 Apakah almarhumah meninggal pasca persalinan ? Ya Tidak
5. Apakah almarhumah meninggal akibat kecelakaan? Ya Tidak
 Bila Ya, sebutkan jenis kecelakaannya.....
 Apakah ada dugaan alm. (ah) meninggal karena keracunan ? Ya Tidak
 Bila ya, sebutkan jenis racun tersebut
6. Apakah alm. (ah) meninggal karena menderita tumor/kanker.? Ya Tidak
 Bila ya, sejak kapan
7. Apakah ada dugaan alm (ah) meninggal akibat penyalahgunaan narkoba ? Ya Tidak
8. Apakah alm. (ah) meninggal setelah dilakukan tindakan operasi oleh dokter ? Ya Tidak
9. Apakah alm. (ah) sebelum meninggal dirawat seorang dokter ? Ya Tidak
 Apabila ‘Ya’, sebutkan nama dokter dan alamatnya ?
10. Apakah ada hal-hal lain yang masih ingin disampaikan di luar pertanyaan tersebut diatas ?
11. Jelaskan secara singkat riwayat (urutan) terjadinya kejadian kematian alm (ah) ?
 (catatan : bila tidak cukup, dapat menggunakan halaman kosong dibalik ini)

Demikian keterangan ini saya buat dengan sebenarnya, untuk memenuhi persyaratan yang ditentukan dan untuk membantu proses penyelesaian klaim yang sedang saya ajukan.

Tempat/tanggal dibuat :
 yang memberikan keterangan,

(.....)

SURAT KETERANGAN DOKTER (SEBAGAI KELENGKAPAN PENGAJUAN KLAIM KEMATIAN)

HARUS DIISI DENGAN LENGKAP OLEH DOKTER YANG MENGOBATI / MERAWAT SI SAKIT

NAMA ORANG SAKIT YANG MENINGGAL :

NO.REKAM MEDIS :

TEMPAT & TANGGAL KEMATIAN :

LAMA PERAWATAN : tgl s/d tgl

*berikan tanda “√” pada keterangan yang membutuhkan pilihan

1. Apakah dokter yang biasa merawat mengobati alm (ah) ? Ya Tidak
 Bila Ya , berapa lama /sejak kapan
 Bila Tidak, tahukah dokter nama & alamat dokter yang biasa merawat sebelumnya dalam kurun waktu (selama) 3 tahun terakhir ini ?
 Apakah alm (ah) dirujuk kepada dokter oleh dokter lain Ya Tidak
 Bila Ya, sebutkan nama dokter yang merujuk tersebut
2. Apakah dokter merawat alm (ah) selama penyakitnya yang terakhir ini ? Ya Tidak
 Bila Ya,
 - secara anamnestis sejak kapan keluhan sakitnya
 - gejala-gejala yang ditemukan
 - diagnosa penyakitnya
3. Kapan dokter pertama kali bertemu dan merawat alm. (ah) untuk penyakitnya ini ?
 Apakah penyakit ini suatu penyakit yang akut ? Ya Tidak
 Apakah penyakit ini suatu penyakit yang menahun Ya Tidak
4. Apakah dokter hadir pada waktu OS meninggal ? Ya Tidak
 Jika tidak, kapan terakhir dokter menemui/melihat alm (ah) ?
5. Apakah selain penyakit diatas, dokter juga merawat alm(ah) untuk penyakit lain ? Ya Tidak
 Jika Ya,
 - Apakah keluhannya (anamnestis)
 - Sejak kapan penyakit tersebut diderita (anamnestis)
 - Diagnosa penyakit tersebut ?
6. Adakah hal lain yang berperan serta mempengaruhi sebab kematian tersebut misalnya yang berhubungan dengan :

■ Penyakit bawaan <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	■ Profesi / gaya hidup <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
■ Pekerjaan <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	■ Alkohol <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
■ Tembakau <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	■ Narkoba <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
■ Sikap mental / attitude alm (ah) (misal menolak untuk disuntik/diinfus) <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
7. Apa sebab utama kematian alm.(ah) ?
8. Adakah penyakit lain yang diderita alm (ah) yang berperan pada kematian tersebut? Ada Tidak
 Bila ada, sebutkan :
 - Diagnosa penyakitnya :
 - Sejak kapan diderita (anamnestis):
9. Berikan keterangan tambahan lain yang menurut dokter ada hubungannya dengan kematian tersebut ?

Demikian keterangan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan sesuai dengan pengetahuan dan keyakinan saya.

Tempat & tanggal dibuat : _____ Alamat : _____

No Telepon : _____

Keahlian : _____

Tanda tangan, nama jelas & stempel

SETELAH KETERANGAN INI DIISI DENGAN LENGKAP, MOHON DOKTER DAPAT MENYAMPAIKANNYA DALAM AMPLOP TERTUTUP KEPADA PT AJ SEQUIS LIFE

**SURAT KETERANGAN DAN PERNYATAAN
PERIHAL SURAT KUASA PEMBAYARAN MANFAAT**

Sehubungan dengan dibuatnya Surat Kuasa atas pembayaran manfaat (lingkari jenis manfaat/transaksi yang dimaksud) : Surrender / Pinjaman Polis / Tahapan / Living Benefit / Akhir Kontrak / Dana Hari Tua / Akhir Pembayaran / Klaim / Penarikan Investasi /(diisi apabila tidak ada dalam pilihan) atas polis :

Nama Pemegang Polis :

Nomor Polis :

Nama yang seharusnya menerima manfaat :

Nama yang diberi kuasa menerima manfaat :

Hubungan antara Pemberi Kuasa dan Penerima Manfaat (pilih yang benar dari kedua pilihan dibawan ini dan pilihan **Tidak Dapat** ditambahkan dengan alternatif lain) :

Suami – Istri

Orang tua – Anak

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah melakukan verifikasi atas pemberian kuasa tersebut dan Surat Kuasa tersebut dibuat dengan sebenar-benarnya oleh pihak yang seharusnya menerima manfaat. Saya akan bertanggung jawab sepenuhnya apabila dikemudian hari timbul permasalahan atas dibuatnya Surat Kuasa tersebut dan melepaskan PT. Asuransi Jiwa Sequis Life dari segala permasalahan tersebut.

Demikian Surat Keterangan dan pernyataan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yang membuat keterangan dan pernyataan,

...../..... (tempat dan tanggal)

tanda tangan

..... (nama jelas)

Branch Manager Kantor Cabang