

SYARAT PENGAJUAN KLAIM PBR

1. Formulir Pengajuan Klaim PBR (Form Sequis Life)
2. Formulir Keterangan Ahli Waris (Form Sequis Life)
3. Formulir Keterangan Dokter (Form Sequis Life)
4. Fotocopy ID Pemegang Polis dan Pengaju Klaim (Ahli Waris)
5. Fotocopy Kartu Keluarga
6. Akta Kematian (asli / legalisir) atau Surat Keterangan meninggal dari Pemerintah Daerah dan dari pihak medis (asli / legalisir)
7. Surat Keterangan Kecelakaan dari kepolisian apabila meninggal karena kecelakaan
8. Surat Pernyataan Pemegang Polis yang akan mengambil alih menjadi pemegang polis baru (harus mengikuti prinsip insurable interest). Apabila yang berhak lebih dari 1 orang (mis: anak-anak, atau ayah-ibu) maka Surat Pernyataan ditandatangani semua pihak untuk mengetahui dan menyetujui perihal pengambil alihan pemegang polis tersebut → (form di ttd oleh PP baru di kedua kolom ttd)
9. Form SP3 (di ttd oleh Pemegang Polis Baru)
10. Dokumen penunjang lainnya jika diperlukan oleh Departemen Klaim

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.

/ /

PERNYATAAN PERSETUJUAN (Written Consent)

Yang bertanda tangan dibawah ini (*Herewith*) :

Nama / Name : _____
Alias / Alias : _____
Alamat / Address : _____
No. KTP / ID Number : _____

Sebagai / *as of* * Tertanggung / *Insured* Pemegang Polis/*Policy Holder* Ahli Waris/*Beneficiary* dari :

* Jika Pemegang Polis sama dengan Tertanggung maka data dibawah ini tidak perlu diisi / (If the Policy Holder also acts as the Insured, the following information can be left blank)

Nama / Name : _____
Alias / Alias : _____
Alamat / Address : _____

Dengan ini saya memberikan / *I hereby* :

1. Persetujuan kepada Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya, yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung/Pemegang Polis dan memberikan catatan atau keterangan tersebut kepada PT Asuransi Jiwa Sequislife sehubungan dengan pengajuan klaim yang sedang diajukan.
Consent to the Physicians, Hospital, Clinic, Public Health Services, Insurance Company, Legal Institution, Individual or other Organizations, having record/information or know the existence/health Insured/Policyholders and provide the record or information to PT Asuransi Jiwa Sequislife relevant to the claim process
2. Kuasa kepada PT. Asuransi Jiwa Sequis Life untuk mendapatkan segala suatu tentang keterangan atau catatan medis dari Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya.
Authorize to PT. Asuransi Jiwa Sequis Life to gather all information/medical record from Physicians, Hospital, Clinic, Public Health Services, Insurance Company, Legal Institution, Individual or other Organizations to the diagnosis and/or health service provided

Saya membebaskan PT. Asuransi Jiwa Sequis Life serta pihak lain yang telah memberikan keterangan atau catatan tersebut dari segala tuntutan hukum.

I release PT Asuransi Jiwa Sequis Life and other parties who have provided the information or notes from all legal litigation.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dan salinan fotokopy dari pernyataan ini sama sah dan berlaku seperti aslinya, bersifat dan mempunyai kekuatan hukum yang sama.

I certify that this statement is true and the photographic copy of this statement has the same legal force as the original

Tempat & Tanggal / /
Place & Date

Yang membuat Pernyataan/*Certifier*

Materai Rp. 10.000

*Tandatangan & Nama
Signature & Name*

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**

FORMULIR PENGAJUAN PERUBAHAN PEMEGANG POLIS

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama Pemegang Polis Lama :

Nomor Polis :

No Induk Kependudukan :

Handphone : -

Dengan ini mengajukan permohonan perubahan pemegang polis menjadi :

Nama Pemegang Polis Baru :

Tanggal Lahir (Tgl/Bln/Thn) : / / Jenis Kelamin : Pria Wanita

No Induk Kependudukan :

Alamat Tempat Tinggal Saat Ini :

RT/RW : /

Kota : Kode Pos :

Alamat Korespondensi :

RT/RW : /

Kota : Kode Pos :

Alamat Email :

No Pokok Wajib Pajak :

Handphone dengan WA : -

Handphone : -

Hubungan Dengan Tertanggung : Diri Sendiri Orang tua/Anak Suami/Istri Lainnya :

Alasan Perubahan Pemegang Polis : Sudah tidak bekerja Sakit Lainnya :

Pekerjaan saat ini : Pegawai Negeri Karyawan Swasta Karyawan BUMN
 Profesional Wiraswasta Lain-lain :

Nama Perusahaan :

Jenis Usaha :

Keterangan Pekerjaan :

Penghasilan per Tahun : < Rp 60 Jt Rp 60 Jt - Rp 180 Jt > Rp 180 Jt - Rp 360 Jt
 > Rp 360 Jt - Rp 600 Jt > Rp 600 Jt

Sumber Penghasilan : Hasil Usaha Gaji Orangtua
 Suami/Istri Lain-lain.....

Nama Bank :

No Rekening :

Jenis Rekening : Rp USD

SAYA yang bertandatangan di bawah ini, menyatakan bahwa keterangan yang diberikan dalam Formulir ini adalah benar dan dibuat tanpa paksaan, serta tidak ada keterangan yang SAYA sembunyikan. Segala risiko yang timbul akibat Formulir ini ditandatangani dalam keadaan kosong/belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab SAYA dan SAYA membebaskan PT Asuransi Jiwa Sequis Life dari gugatan, tuntutan dan/atau tindakan hukum lain dari pihak manapun termasuk dari SAYA sehubungan dengan hal tersebut. Apabila di kemudian hari diketahui bahwa keterangan yang disampaikan dalam Formulir ini ternyata keliru atau ditemukan adanya dokumen lain yang sah secara hukum membatalkan dokumen yang telah diberikan, maka SAYA mengerti bahwa PT Asuransi Jiwa Sequis Life dapat membatalkan persetujuan atas pengajuan perubahan ini.

Ditandatangani di : Tgl: Bln: Thn:

Pemegang Polis Lama

Pemegang Polis Baru

Mengetahui
Kantor Pemasaran/NSC/RSC

Materai Rp.10.000,-

(.....)
(Nama Lengkap)

(.....)
(Nama Lengkap)

(.....)
(Nama Lengkap)

Catatan : Pemegang polis baru, wajib melampirkan Fotocopy e-KTP dan NPWP serta wajib mengisi seluruh kolom yang telah disediakan

FORMULIR PENGAJUAN PERUBAHAN POLIS

Nomor Polis :
Nama Pemegang Polis :
Nama Tertanggung :
No. Telp Kantor : - **No. HP *** : - (Wajib Diisi)
No. Telp Rumah : - **E-Mail** :

* No HP yang tertera akan menjadi data terbaru bagi PT. A.J Sequis Life untuk keperluan Konfirmasi dan pengiriman sms

I. PERUBAHAN POLIS MINOR

(Perubahan pada polis yang tidak mempengaruhi besarnya Premi, Uang Pertanggungan, Manfaat Asuransi dan Resiko)

Dengan ini mengajukan permintaan perubahan terhadap polis tersebut diatas, sebagai berikut : (Berikan tanda pada perubahan yang dikehendaki)

Perubahan Alamat Korespondensi menjadi :

Alamat :
 RT / RW : / Kode Pos: Kelurahan :
 Kecamatan : Kotamadya :
 Propinsi : No. Telp/HP : -

* Mohon lampirkan dokumen No. 1 sebagaimana disebutkan pada kolom Persyaratan Dokumen

Perubahan Ahli Waris menjadi :

	Nama Ahli Waris	P/W	Tanggal lahir (DD-MM-YY)	Hubungan dengan Tertanggung	Bagian (%)
1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Mohon lampirkan dokumen No. 1 & 3 sebagaimana disebutkan pada kolom Persyaratan Dokumen

Perubahan Metode Pembayaran Premi menjadi :

Auto Debit Rekening Bank (Mohon lampirkan dokumen No. 1, 8, 10 & 11 sebagaimana disebutkan pada kolom Persyaratan Dokumen)
 Recurring Kartu Kredit (Mohon lampirkan dokumen No. 1, 9 & 12 sebagaimana disebutkan pada kolom Persyaratan Dokumen)
 Pembatalan Auto Debit Rekening (Mohon lampirkan dokumen No. 1, 8, 10, 11 & 13 sebagaimana disebutkan pada kolom Persyaratan Dokumen)
 Pembatalan Recurring Kartu Kredit (Mohon lampirkan dokumen No. 1, 9, 12 & 14 sebagaimana disebutkan pada kolom Persyaratan Dokumen)

II. PERUBAHAN POLIS MAJOR

(Perubahan pada polis yang mempengaruhi besarnya Premi, Uang Pertanggungan, Manfaat Asuransi dan Resiko)

Dengan ini mengajukan permintaan perubahan terhadap polis tersebut diatas, sebagai berikut : (Berikan tanda pada perubahan yang dikehendaki)

Perubahan Pemegang Polis menjadi :

Nama :
 Tanggal lahir : - - Pria Wanita Hub. dengan tertanggung : Istri/Suami/Orang Tua/Anak
 DD MM YY Lain-lain : _____

* Mohon lampirkan dokumen No. 1, 3 dan 6 sebagaimana disebutkan pada kolom Persyaratan Dokumen

Perubahan Tanggal Lahir menjadi :

Pemegang Polis Pria Wanita Tanggal lahir : - -
 Tertanggung Pria Wanita Tanggal lahir : - -
DD MM YY

* Mohon lampirkan dokumen No. 1, 2 atau 3 atau 4 atau 5 dan 6 (Min. 2 dokumen pendukung dan surat pernyataan) sebagaimana disebutkan pada kolom Persyaratan Dokumen

Perubahan Uang Pertanggungan menjadi :

IDR USD Terbilang (_____)

* Mohon lampirkan dokumen No. 1 dan 7 sebagaimana disebutkan pada kolom Persyaratan Dokumen

