



PT Pacific Life Insurance

Kantor Pusat : Gd. Menara BP Jamsostek, Menara Utara Lantai 12A
Jl. Jend. Gatot Subroto No. 38 Jakarta Selatan – 12710

Telp : (+62) 21 508 20 758

E-mail : cs@pacificlife.co.id

FORMULIR KLAIM – ASURANSI KUMPULAN

☐ Meninggal

☐ Kecelakaan

☐ Cacat Tetap Total / Sebagian

PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM

- Semua pertanyaan pada Formulir ini harus diisi dengan benar, lengkap, dan jelas
- Lengkapi kolom atau coret bila perlu. Bila terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan dibubuhkan tandatangan disebelahnya
- Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen klaim sesuai yang tercantum dalam polis/perjanjian asuransi telah dilengkapi
- Berkas yang diajukan harus dokumen asli/legalisir oleh pihak berwenang/legalisir oleh Departemen Klaim

Nomor Polis :
Nama Pemegang Polis :

Nomor Sertifikat :
Nama Peserta :
Tanggal Lahir : / / Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita
Tanggal Kejadian : / / Waktu / Pukul :
Tempat Kejadian : ☐ Rumah Tinggal ☐ Rumah Sakit ☐ Lainnya :

Penyebab Meninggal Dunia :

☐ Sakit, nama penyakit yang diderita :
Sejak Kapan Penyakit diderita :
Jelaskan :
☐ Kecelakaan :
Tempat & Tanggal terjadinya Kecelakaan :
☐ Lainnya :
(Mohon dijelaskan) :

Gambarkan secara singkat dan jelas mengenai gejala penyakit / kronologis kejadian sampai dengan peserta meninggal (Jika kolom tidak cukup harap dibuat di lembar terpisah)

Klaim Manfaat Cacat Tetap Total / Sebagian :

Penyebab Kecacatan : ☐ Penyakit, Tanggal Gejala Mulai Terjadi :
☐ Kecelakaan, Tanggal Waktu Kecelakaan :
Jelaskan secara detail semua gejala dan jenis luka/cacat yang diderita (Jika kolom tidak cukup harap dibuat di lembar terpisah) :

Apakah Peserta diasuransikan di perusahaan asuransi lain ? ☐ Ya ☐ Tidak

Nama Perusahaan Asuransi :
Nomor Polis :

Apabila Klaim disetujui, pembayaran akan ditransfer ke Penerima Manfaat : (isi jika informasi rekening tidak tercantum di perjanjian)

Nama Pemilik Rekening :
No. Rekening : Mata Uang : ☐ Rupiah
Nama Bank / Cabang : /
Kota :

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : _____
Alamat : _____
Tanggal Lahir : _____
No. NIK : _____
No. Telp / HP : _____
Hubungan dengan : _____
Tertanggung

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

- Menyatakan dan memahami bahwa sebagai bagian dari proses pengajuan permohonan asuransi dan keberlangsungan Polis, Pemegang Polis, Tertanggung, Pembayar Premi dan/atau pihak terkait lainnya telah memberikan data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan, dan/atau fakta kepada PT Pacific Life Insurance, sebagaimana tercantum dalam Surat Pengajuan Asuransi Jiwa, formulir perubahan Polis serta setiap formulir dan dokumen lainnya (termasuk setiap dokumen atau formulir yang diberikan kepada PT Pacific Life Insurance setelah berlakunya Polis ("Dokumen Permohonan") yang mana yang sesuai dengan keadaannya (seluruhnya disebut sebagai "Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya").
- Dengan ini menyatakan bahwa Saya tidak berhak dan tidak akan membantah, menyanggah, mempertanyakan dan/atau mempermasalahkan kebenaran Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya. Saya juga menyatakan bahwa Saya menerima seluruh ketentuan Polis (termasuk Endorsement /Addendum, jika ada).
- Dengan ini menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan dalam formulir klaim ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh PT Pacific Life Insurance sebagai bagian dari pengajuan permohonan Klaim Manfaat Asuransi ("Informasi Konsumen"), adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan yang lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan.
- Apabila sebagian atau (i) Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya; dan/atau (ii) Informasi Konsumen ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan dengan menandatangani Formulir Klaim ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika Perusahaan Asuransi melakukan hal-hal berikut ini :
 - Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi.
 - Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. PT Pacific Life Insurance juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut sesuai dengan Peraturan yang ada dalam Polis dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan.
- Memberi Kuasa Kepada Dokter yang pernah mengobati, merawat, dan/atau memeriksa terakhir, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan maupun pihak-pihak lainnya untuk memberikan keterangan tentang riwayat sakit Tertanggung maupun keterangan lainnya sehubungan dengan klaim atau keperluan lainnya kepada PT Pacific Life Insurance atau mereka yang diberi kuasa olehnya, baik selama Tertanggung masih hidup atau setelah meninggal.
- Kuasa tersebut di atas diberikan dengan mengesampingkan salah satu cara berakhirnya Kuasa dalam pasal 1803 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata yaitu akibat meninggalnya Pemberi Kuasa. Surat Kuasa ini berlaku sejak tanggal ditandatangani dan tetap berlaku walaupun Saya selaku Pemberi Kuasa meninggal dunia.
- Kuasa tersebut di atas dan diberikan dengan hak substitusi agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

*Saya = Penerima Manfaat atau pihak lainnya yang tidak menandatangani Surat Pengajuan Asuransi Jiwa

Tempat / Tanggal : _____ / _____

Ahli Waris

Materai

Nama & Tandatangan

Diketahui oleh Pemegang Polis

Nama Lengkap : _____
Jabatan : _____
Tanggal : / /

Tanda tangan dan cap stempel