

FORMULIR KLAIM KEMATIAN – ASURANSI KUMPULAN
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 Meninggal Dunia : / / Waktu / Pukul :

Tempat Meninggal Dunia : Rumah Tinggal Rumah Sakit Lainnya :

Sebab-sebab Meninggal Dunia

- Sakit, nama penyakit yang diderita : _____
 Sejak kapan penyakit diderita : _____
 Jelaskan : _____
- Melahirkan/Kehamilan : _____
- Pekerjaan, Jelaskan : _____
- Kecelakaan, Jelaskan : _____
 Tanggal Kecelakaan : / /

Gambaran secara singkat dan jelas mengenai gejala penyakit/ kronologis kejadian sampai dengan peserta meninggal dunia

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 KUASA AHLI WARIS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : _____

Alamat : _____

Tanggal Lahir : _____

No. KTP : _____

No. Telp/HP : _____

Hubungan dengan
Tertanggung : _____

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Jawaban dan keterangan yang saya buat adalah benar dan tepat. Saya juga memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut menjadi dasar Pertanggung dan tidak terpisahkan dari Polis yang diminta.
2. Saya 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.
3. Kuasa tersebut diatas diberikan dengan mengesampingkan salah satu cara berakhirnya Kuasa dalam pasal 1813 KUHPer yaitu akibat meninggalnya Pemberi Kuasa. Surat Kuasa ini berlaku sejak tanggal ditandatangani dan tetap berlaku walaupun saya selaku Pemberi Kuasa telah meninggal dunia. Salinan dari Pernyataan dan Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.
4. Kuasa tersebut diatas dibuat dan diberikan dengan hak substitusi agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Tempat / Tanggal : _____ / _____

Ahli Waris,

Materal 10000

Nama & Tandatangan

Diketahui oleh Pemegang Polis

Nama Lengkap : _____

Jabatan : _____

Tanggal : / /

Tanda tangan dan cap stempel