

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM



(Diisi oleh Pemegang Polis/Tertanggung/Ahli Waris)

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> MENINGGAL | <input type="checkbox"/> RAWAT JALAN (Medical Benefit) | <input type="checkbox"/> PERLINDUNGAN TERHADAP PENYAKIT KRITIS |
| <input type="checkbox"/> CACAT | <input type="checkbox"/> Sebelum Rawat Inap | <input type="checkbox"/> PEMEBBASAN PEMBAYARAN PREMI |
| <input type="checkbox"/> RAWAT INAP | <input type="checkbox"/> Sesudah Rawat Inap | |

Agar mempercepat proses klaim, harap semua pertanyaan di bawah ini dijawab dengan benar, lengkap dan jelas.

Yang bertandatangan di bawah ini:

Data Pemegang Polis / Wali Peserta & Tertanggung / Peserta		Untuk Klaim Meninggal	
Nama Pemegang Polis/Wali peserta	: _____	Nama Ahli Waris	: _____
Nama Tertanggung/Peserta	: _____	Hubungan dengan Tertanggung/Peserta :	
Nomor Polis	: _____	<input type="checkbox"/> Suami/Istri	<input type="checkbox"/> Orangtua/Anak
Nomor Telepon Tertanggung/Peserta	: _____	<input type="checkbox"/> Kakak/adik	<input type="checkbox"/> Lainnya : _____
Nomor HP Tertanggung/Peserta	: _____	Nomor Telepon / HP Ahli Waris	: _____
Email Tertanggung/Peserta	: _____	Email Ahli Waris	: _____

Menerangkan bahwa:

Penyebab Perawatan/Meninggal	
<input type="checkbox"/> Penyakit	<input type="checkbox"/> Kecelakaan <input type="checkbox"/> Lain-lain:
Nama penyakit/cedera	_____
Tanggal penyakit/cedera mulai diderita	____/____/____ (tgl/bln/thn) atau sejak _____
Nama & alamat Rumah Sakit	_____
Nama Dokter	_____
Nomor Kartu Berobat / Rekam Medik	_____
Tanggal masuk Rumah Sakit	____/____/____ (tgl/bln/thn)
Tanggal keluar Rumah Sakit	____/____/____ (tgl/bln/thn)
Tanggal pembedahan (jika ada)	____/____/____ (tgl/bln/thn)
Tempat, tanggal & jam terjadinya kecelakaan	____, ____/____/____ (tgl/bln/thn), Jam: _____
Keadaan luka/cedera secara terperinci	_____
Tanggal & jam meninggal	____/____/____ (tgl/bln/thn), Jam: _____
Tempat meninggal	_____
Kronologis kejadian kecelakaan/meninggal	
Apakah Tertanggung / Peserta sebelumnya pernah dirawat/diobati untuk penyakit/cedera yang sama atau penyakit lainnya? Jika Ya, mohon lengkapi tanggal pengobatan dan Nama & alamat Dokter/Rumah Sakit	<input type="checkbox"/> Ya, Tanggal : ____/____/____ (tgl/bln/thn) <input type="checkbox"/> Tidak Nama & alamat Dokter / Rumah Sakit: _____
Polis lain yang dimiliki Tertanggung / Peserta, Asuransi: _____ No. Polis: _____	
Dalam hal klaim Medical Benefit/Medical Benefit 8, jika terdapat selisih biaya yang tidak dijamin Panin Dai-ichi Life, agar dibuatkan Surat Koordinasi Manfaat. <input type="checkbox"/> Ya, untuk Asuransi: _____ <input type="checkbox"/> Tidak	
Pernyataan	
Keterangan dalam formulir ini kami berikan sesuai dengan keadaan sebenarnya dan kami memahami bahwa apabila ternyata keterangan yang kami berikan tidak benar, maka PT Panin Dai-ichi Life berhak membatalkan perjanjian pertanggungan atas Polis tersebut di atas.	
* Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim selain klaim kematian Tertanggung Utama hanya ke rekening Pemegang Polis/Wali Peserta yang terdaftar di Polis. Apabila rekening Pemegang Polis/Wali Peserta tidak terdaftar di Polis, mohon mengisi data rekening secara lengkap di bawah ini.	
* Pembayaran klaim kematian Tertanggung Utama kepada Ahli Waris, apabila Ahli Waris tidak memiliki rekening Bank, maka pembayaran klaim dapat dilakukan dengan Cek.	
Nama : _____	Nama Bank & Cabang : _____ Kota : _____
Nomor Rekening : _____	Mata Uang : <input type="checkbox"/> Rupiah <input type="checkbox"/> USD
Ditandatangani di : _____ Tempat : _____ Tanggal : ____/____/____	Pemegang Polis / Wali Peserta _____ Tanda Tangan & Nama Jelas
Tertanggung / Peserta _____ Tanda Tangan & Nama Jelas	Ahli Waris _____ Tanda Tangan & Nama Jelas
Pemilik Rekening _____ Tanda Tangan & Nama Jelas	