

JENIS PENGAJUAN MANFAAT ASURANSI / Types of Claim Benefits for Insurance Benefits

- MENINGGAL DUNIA/*Death Claim*
 KESEHATAN/*Health Claim*
 CACAT/*Disability*, PENYAKIT KRITIS/*Critical Illness*
 LAINNYA/*Others*,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah Pemegang Polis / Penerima Manfaat PT PFI MEGA LIFE INSURANCE :
I'am, the undersigned, is the Policy holder / Beneficiary of PT PFI MEGA LIFE INSURANCE :

Nama Pemegang Polis / *Policy holder name* : _____
 Penerima Manfaat / *Beneficiary*

Nama Tertanggung / *Insured name* : _____
 (hanya untuk 1 orang Tertanggung / *only for 1 Insured person*)

Nomor Polis / *Policy number* :

*Tanggal Rawat Inap/*Date of Hospitalization* : Tgl/*date* : - Tgl/*date* : -
 : Tgl/*date* : - Tgl/*date* : -

Alamat Korespondensi / *Address* : _____

Kode Pos / *POS code* :

No. HP-WA / *Whatsapp Mobile Phone number* : -

Email / *Email address* : _____

APABILA KLAIM TERSEBUT DISETUJUI, MOHON PEMBAYARAN KLAIM ASURANSI DITUJUKAN KE / If the claim approved, please payment directly to :

Nomor Rekening / *Account number* : _____ Aktif / *Active*

Atas Nama / *On Behalf of* : _____

Nama Bank / *Bank name* : _____ Tidak Aktif / *Not Active*

Jenis Rekening / *Account type* Rupiah US.\$

PERNYATAAN KUASA / Power of Attorney :

Saya/Kami/Penerima Manfaat dari atas nama Tertanggung diatas bersama ini memberikan Kuasa kepada dokter, rumah sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi Lainnya ataupun perorangan yang mempunyai catatan data atau yang mengetahui keadaan kesehatan Tertanggung, untuk diberikan kepada PT PFI Mega Life Insurance atau orang yang mewakili, atas semua keterangan mengenai diri Tertanggung/Kami yang berhubungan dengan kesehatan, riwayat pengobatan, perawatan di rumah sakit, nasihat - nasihat dokter, pengobatan atau penyakit.

I/We/the Beneficiary on behalf of the Insured give authorize to doctor, hospitals, clinic, health center, any others Insurance Company or individual who has data records or who knows the health condition of the Insured, to be given to PT PFI Mega Life Insurance or a person representing , for all information regarding the Insured/Our self which is related to health, medical history, hospital treatment, doctor's advice, medication or illness.

TERTANDA / Signed ; / / / <div style="text-align: center;"> materai/stamp Rp. 10,000,- </div>
(Pemegang Polis / Penerima Manfaat) (<i>Policy holder / Beneficiary</i>)

Diterima oleh Departemen Klaim/Received by :	
- Tanggal/ <i>date</i>	
- Paraf/ <i>Initials</i>	
- Nama/ <i>Name</i>	

Form-Clm-04-22-09-2023

* Tanggal kejadian/*Date of incident* : hanya di isi untuk pengajuan klaim santunan harian rawat inap/*Only filled in to submit claims for Daily of Hospitalization*

FORMULIR KLAIM CACAT TETAP TOTAL ATAU SEMENTARA

PENTING

Formulir ini harus dilengkapi oleh Pemegang Polis, diisi dengan jelas dan dikembalikan kepada Penanggung, disertai Surat Keterangan Dokter untuk Klaim Cacat Total dan Tetap yang telah diisi oleh Dokter yang merawat.

DATA PEMEGANG POLIS

Nomor Polis :
Nama Pemegang Polis :

DATA TERTANGGUNG

Nama Tertanggung :
Tanggal lahir /Usia :
Alamat & No. Telepon :

1. Pekerjaan (jenis pekerjaan yang dikerjakan dan tanggung jawabnya, sebelum terjadinya cacat dan setelah terjadinya cacat)

SEBELUM CACAT

SETELAH CACAT

2. Pendapatan rata – rata perbulan

Sebelum cacat :
Setelah cacat :

- 3a. Uraikan Aktifitas anda sehari-hari, setelah tidak bekerja lagi ?

- b. Alasan Anda tidak berkerja lagi ?

- 4 Penyebab kecacatan : Penyakit Tgl gejala mulai terjadi
Kecelakaan Tgl waktu kecelakaan Jam

5. Bila cacat disebabkan oleh kecelakaan, apakah telah dilaporkan ke pada pihak yang berwajib?

YA TIDAK

- a) Jika Tidak, alasannya

b) Jelaskan bagian tubuh yang luka dan jenis luka yang diderita

6. Bila cacat disebabkan oleh penyakit, jelaskan riwayat dan gejala awal penyakit?

7. Tanggal terakhir bekerja ?

DATA PERAWATAN

8. Nama dan alamat Dokter atau Spesialis yang pernah dikunjungi sehubungan kecacatan tsb.

Tanggal konsultasi	Dokter / Spesialis	Alamat

9. Bila pernah dirawat di rumah sakit, mohon diberikan rincian sbb :

Nama Rumah Sakit	Tanggal Mulai Perawatan	Tanggal Akhir Perawatan

KETERANGAN LAIN

A. Apakah Anda ditanggung untuk biaya cacat oleh perusahaan asuransi lain (bila ya, mohon lengkapi data dibawah ini)

	Nama Perusahaan Asuransi	Uang Pertanggungan	Asuransi Tambahan	Nomor Polis
a				
b				
c				

B. Mohon cantumkan nama, cabang serta nomor rekening dari Penerima Manfaat untuk memudahkan pembayaran JIKA KLAIM INI DISETUJUI (dalam huruf cetak)

Nomor Rekening :
Nama :
Nama Bank :
Cabang :

PERNYATAAN DAN KUASA

Saya menyatakan bahwa semua penjelasan diatas adalah lengkap dan benar. Saya memberi kuasa kepada dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi, badan, lembaga atau pihak-pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan saya /tertanggung, untuk mengungkapkan semua keterangan kesehatan saya /tertanggung kepada PT PFI MEGA LIFE INSURANCE sehubungan dengan pengajuan klaim asuransi jiwa ini.

Tempat dan Tanggal

Tandatangan

Formulir ini harus disertai syarat-syarat pengajuan klaim lainnya, yaitu :

- 1) Formulir Klaim Keterangan Dokter untuk klaim Cacat Tetap Total atau Cacat Sementara
- 2) Resume medis dari dokter yang pernah merawat
- 3) Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan Laboratorium dan Radiologi,
- 4) Surat Berita Acara kepolisian untuk cacat yang disebabkan oleh kecelakaan, dan melibatkan pihak kepolisian (asli)
- 5) Dokumen lain yang dianggap perlu oleh Penanggung

Dokumen-dokumen asli akan dikembalikan setelah dilegalisir oleh PT PFI MEGA LIFE INSURANCE

FORMULIR KLAIM CACAT TETAP TOTAL ATAU SEMENTARA

PENTING

- Untuk dilengkapi oleh dokter Pemeriksa/ dokter yang merawat
- Mohon lengkapi semua pertanyaan dan sertakan dengan dokumen pendukung seperti catatan Medis, hasil laboratorium/radiologi dan lain-lainnya. Lengkapi dengan tanggal & Tandatangan .

DATA PASIEN

Nama Pasien : _____
 Tempat Tgl Lahir / Usia : _____
 Jenis Kelamin : Laki-laki Wanita

DATA KESEHATAN

1. Tanggal Perawatan : _____
2. Tanggal terjadinya kecelakaan : _____
3. Anamnesa, Riwayat penyakit : _____

4 Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui oleh Pasien ?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
5 Tanggal Pertama kali konsultan ?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
6 Nama dan alamat dokter yang merujuk	_____ _____ _____
7 Jenis serta hasil pemeriksaan fisik, lab, rongent, CT –scan, hasil PA, dll yang dilakukan.	_____ _____ _____
8 Diagnosa atau dugaan diagnosa	_____ _____ _____
9 Tanggal pasien diberitahu/mengetahui adanya diagnosa tsb	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
10 Penyebab diagnosa tersebut	_____ _____
11 Tanggal pertama kali diketahui penyebab diagnosa Tersebut.	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
12. Terapi atau tindakan	_____ _____ _____

