

FORMULIR KLAIM

selain Meninggal Dunia



PaninDai-ichiLife

Petunjuk

- Yang berhak mengajukan klaim adalah Pemegang Polis, jika Pemegang Polis sama dengan Tertanggung dan meninggal dunia, maka yang berhak mengajukan klaim adalah Yang ditunjuk.
- Formulir klaim ini hanya berlaku untuk Pemegang Polis dengan pengajuan klaim atas 1 (satu) nama Tertanggung.
- Dalam hal Tertanggung memiliki manfaat pertanggungan rawat inap di polis lainnya dengan Pemegang Polis yang berbeda dengan Pemegang polis atas pengajuan klaim ini dan bersedia untuk mengajukan klaim rawat inap maka harap melampirkan formulir klaim yang berbeda.
- Mohon tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi dengan lengkap dan benar sebelum menandatangani.
- Kami berhak menunda klaim, jika persyaratan kelengkapan dokumen pengajuan klaim tersebut di bawah ini tidak lengkap.

Persyaratan Pengajuan Klaim :

- ☐ Formulir klaim yang telah diisi dengan benar dan lengkap
- ☐ Surat Keterangan dokter yang telah diisi lengkap, jelas, dan ditandatangani oleh dokter yang merawat Tertanggung
- ☐ Surat Kuasa
- ☐ Kuitansi Asli dan Rincian detail kuitansi
- ☐ Fotokopi Kuitansi legalisir dan rincian detail kuitansi (untuk pengajuan santunan/hospital cash)
- ☐ Salinan/fotokopi hasil pemeriksaan penunjang diagnostik/laboratorium
- ☐ Untuk Fisioterapi dilampirkan rujukan dokter beserta jadwal dan jumlah terapi.
- ☐ Dokumen lainnya yang dianggap perlu sesuai ketentuan Penanggung.

I. Jenis Klaim (Mohon beri tanda sesuai jenis klaim manfaat asuransi yang diajukan)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ Rawat Inap | ☐ Santunan/Hospital cash | ☐ Penyakit Kritis | ☐ Pembebasan Pembayaran Premi |
| ☐ Rawat Jalan
(Terkait dengan Rawat Inap) | ☐ Kecelakaan | ☐ Pembedahan Pulang Hari
(one day surgery) | ☐ Lainnya |

II. Data diri Pemegang Polis & Tertanggung (Wajib diisi)

No. Polis	:	_____	Nama Tertanggung	:	_____
Nama Pemegang Polis	:	_____	Tanggal Lahir Tertanggung	:	____/____/____ (tgl/bln/thn)
Tanggal Lahir Pemegang polis	:	____/____/____ (tgl/bln/thn)	No. HP Tertanggung	:	_____
No. HP Pemegang Polis	:	_____	Alamat email Tertanggung	:	_____
Alamat email Pemegang Polis	:	_____			

III. Data Klaim Kesehatan

Penyebab Perawatan ☐ Sakit ☐ Kecelakaan ☐ Lainnya

Nama penyakit/cedera	_____
Tanggal penyakit/cedera mulai diderita	____/____/____ (tgl/bln/thn) atau sejak _____
Nama & alamat Rumah Sakit	_____
Nama Dokter	_____
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: _____

Kronologis kejadian kecelakaan

IV. Informasi Pembayaran Klaim

Apabila klaim disetujui, pembayaran akan ditransfer ke nomor rekening Pemegang Polis yang terakhir terdaftar dalam sistem PT Panin Dai-ichi Life.

FORMULIR KLAIM

selain Meninggal Dunia



PaninDai-ichiLife

V. Pernyataan

1. Saya* memahami bahwa saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (utmost good faith) dalam (i) Pengajuan permohonan asuransi, permohonan Pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis, dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya); dan (ii) Pengajuan klaim Manfaat Asuransi ("Permohonan Konsumen"). Oleh karena itu, saya memahami bahwa saya wajib, dan telah mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan PT Panin Dai-ichi Life dalam menerima atau menolak suatu Permohonan Konsumen dan/atau menetapkan jumlah Premi.
2. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan ("Informasi Konsumen") dalam SPAJ, formulir Pemulihan Polis, formulir perubahan Polis, formulir klaim Manfaat Asuransi serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh PT Panin Dai-ichi Life ("Dokumen Permohonan") sebagai bagian dari pengajuan Permohonan Konsumen adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya; dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan baik dengan sengaja maupun tidak sengaja.
3. Apabila Informasi Konsumen tersebut dalam butir (2) 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 PT Panin Dai-ichi Life melakukan hal-hal berikut ini:
 - a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - b. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggungan Tambahan/Polis Tambahan), dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Pertanggungan Tambahan sebagaimana relevan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan (jika ada), Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan (jika ada), dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
 - c. Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Pertanggungan Tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut saya juga menyetujui bahwa Perusahaan asuransi hanya akan membayarkan nilai tunai (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi), jika ada
 - d. Melakukan penilaian resiko (re-underwriting), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Polis Dasar dan/atau setiap Asuransi/Pertanggungan/Polis Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - e. 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 Panin Dai-ichi Life juga berhak untuk melakukan perjumpaan (set-off) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Investasi/Nilai Tunai/Nilai Penebusan Polis yang ada dalam Polis Saya dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi.
4. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:
 - a. Penandatanganan Formulir Klaim ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh PT Panin Dai-ichi Life jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 3; dan
 - b. Saya setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.

*Saya = Pemegang Polis atau Tertanggung

Ditandatangani di :

Tempat : _____

Tanggal : ____ / ____ / ____

Pemegang Polis

Tanda Tangan & Nama Jelas

Tertanggung / Peserta

Tanda Tangan & Nama Jelas