

Formulir Pengajuan Klaim

(Diisi oleh Pemegang Polis/Wali Peserta/Tertanggung/Peserta/Penerima Manfaat)



PaninDai-ichiLife

- | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MENINGGAL | <input type="checkbox"/> RAWAT JALAN | <input type="checkbox"/> RAWAT INAP | <input type="checkbox"/> PERLINDUNGAN TERHADAP PENYAKIT KRITIS |
| <input type="checkbox"/> CACAT | <input type="checkbox"/> Sebelum Rawat Inap | <input type="checkbox"/> Hospital Cash | <input type="checkbox"/> Santunan Tunai |
| | <input type="checkbox"/> Sesudah Rawat Inap | <input type="checkbox"/> Medical Benefit | <input type="checkbox"/> PEMBEBASAN PEMBAYARAN PREMI |
| | | | <input type="checkbox"/> JAMINAN PERTANGGUNGAN |

Agar mempercepat proses Klaim, semua pertanyaan di bawah ini **WAJIB** dijawab dengan benar, lengkap dan jelas.

Yang bertandatangan di bawah ini:

<p><u>Data Pemegang Polis /Wali Peserta & Tertanggung / Peserta Sesuai Polis</u></p> <p>Nama Pemegang Polis/Wali Peserta : _____</p> <p>Nama Tertanggung/Peserta : _____</p> <p>- Nomor Polis : _____</p> <p>- Nomor Telp Pemegang Polis/Wali Peserta : _____</p> <p>- Nomor HP Pemegang Polis/Wali Peserta : _____</p> <p>- Alamat Email Pemegang Polis/Wali Peserta : _____</p>	<p><u>Data Penerima Manfaat Untuk Klaim Meninggal Tertanggung Utama</u></p> <p>Nama Penerima Manfaat : _____</p> <p>Hubungan dengan Tertanggung/Peserta</p> <p><input type="checkbox"/> Suami/Istri <input type="checkbox"/> Orangtua/Anak</p> <p><input type="checkbox"/> Kakak/Adik <input type="checkbox"/> Lainnya : _____</p> <p>- Nomor Telepon : _____ HP Penerima Manfaat : _____</p> <p>- Alamat Email Penerima Manfaat : _____</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Menerangkan Bahwa:

<p><u>Penyebab Perawatan/Meninggal</u></p> <p><input type="checkbox"/> Penyakit <input type="checkbox"/> Kecelakaan <input type="checkbox"/> Lain-lain:</p>	
<p>Nama penyakit/cedera</p> <p>Tanggal penyakit/cedera mulai diderita</p> <p>Nama & alamat Rumah Sakit</p> <p>Nama Dokter</p> <p>No. Kartu Berobat / Rekam Medik</p> <p>Tanggal masuk Rumah Sakit</p> <p>Tanggal keluar Rumah Sakit</p> <p>Tanggal pembedahan (jika ada)</p>	<p>_____</p> <p>_____/_____/_____ (tgl/bln/thn) atau sejak _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____/_____/_____ (tgl/bln/thn)</p> <p>_____/_____/_____ (tgl/bln/thn)</p> <p>_____/_____/_____ (tgl/bln/thn)</p>
<p>Tempat, tanggal & jam terjadinya kecelakaan</p> <p>Keadaan luka/cedera secara terperinci</p>	<p>_____, ____/____/_____ (tgl/bln/thn), Jam: _____</p> <p>_____</p>
<p>Tanggal & jam meninggal</p> <p>Tempat meninggal</p>	<p>_____/_____/_____ (tgl/bln/thn), Jam: _____</p> <p>_____</p>

Kronologis kejadian kecelakaan/meninggal

Apakah Tertanggung/Peserta sebelumnya pernah dirawat/ diobati untuk penyakit/cedera yang sama atau penyakit lainnya? Ya, Tanggal: ____/____/_____ (tgl/bln/thn) Tidak

Jika Ya, mohon lengkapi tanggal pengobatan dan Nama & alamat Dokter/Rumah Sakit _____

Polis lain yang dimiliki oleh Tertanggung/Peserta, Asuransi: _____ No. Polis: _____

Jika terdapat selisih biaya yang tidak dijamin Panin Dai-ichi Life, agar dibuatkan Surat Koordinasi Manfaat : TIDAK YA, untuk Asuransi : _____

Selain klaim meninggal Tertanggung Utama, apabila klaim disetujui, akan dibayarkan ke rekening Pemegang Polis/Wali Peserta.

Apabila rekening Pemegang Polis/Wali Peserta berbeda dengan yang tercantum di dalam polis, maka data rekening di bawah ini akan sekaligus menjadi pengajuan pengkinian data rekening Pemegang Polis/Wali Peserta.

Nama : _____ Nama Bank & Cabang : _____ Kota : _____

Nomor Rekening : _____ Mata Uang : Rupiah USD

Apabila mengajukan **Jaminan Pertanggungan** yang mengakibatkan perubahan Pemegang Polis, maka data Suami/Istri yang akan menjadi Pemegang Polis di bawah ini **WAJIB** diisi dan mohon untuk melampirkan fotokopi KTP yang masih valid. Informasi di bawah ini sekaligus menjadi pengajuan pengkinian data Pemegang polis.

Nama : _____ Nomor HP : _____ Alamat email : _____

Alamat sama dengan alamat Pemegang polis sebelumnya

Alamat berbeda dengan alamat Pemegang polis sebelumnya, Alamat : _____ Kota : _____ Kode Pos : _____

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 yang saya miliki dan terkait saya di PT. Panin Dai-ichi Life.

<p>Ditandatangani di :</p> <p>Tempat : _____</p> <p>Tanggal : ____/____/_____</p>	<p>Pemegang Polis / Wali Peserta</p> <p>_____</p> <p>Tanda Tangan & Nama Jelas</p>	<p>Tertanggung / Peserta</p> <p>_____</p> <p>Tanda Tangan & Nama Jelas</p>	<p>Penerima Manfaat</p> <p>_____</p> <p>Tanda Tangan & Nama Jelas</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------