

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"/> PEMEBEBASAN 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:

<u>Data Pemegang Polis / Wali Peserta & Tertanggung / Peserta</u>	<u>Untuk Klaim Meninggal</u>
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:

<u>Penyebab Perawatan/Meninggal</u>													
<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	_____												
<u>Kronologis kejadian kecelakaan/meninggal</u>													
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: _____												
Apabila klaim disetujui, mohon pembayaran klaim dilakukan melalui: <input type="checkbox"/> Cek <input type="checkbox"/> Transfer													
Nama : _____	Nama Bank & Cabang : _____ Kota : _____												
Nomor Rekening : _____	Mata Uang : <input type="checkbox"/> Rupiah <input type="checkbox"/> USD												
Hubungan Pemilik Rekening dengan Pemegang Polis/Wali Peserta/Ahli Waris: <input type="checkbox"/> Diri Sendiri <input type="checkbox"/> Suami/Istri <input type="checkbox"/> Orang Tua/Anak <input type="checkbox"/> Kakak/Adik													
* Pembayaran ke rekening selain Pemegang Polis/Wali Peserta/Ahli Waris hanya dapat ditujukan ke keluarga inti dari Pemegang Polis/Wali Peserta/Ahli Waris (Suami, Istri atau Anak untuk yang sudah menikah dan Ayah, Ibu, Kakak atau Adik untuk yang belum menikah). Pemilik Rekening wajib melampirkan fotokopi identitas diri (KTP/SIM/Passport).													
* Apabila Pemegang Polis/Wali Peserta/Ahli Waris tidak memiliki rekening Bank dan pembayaran tidak dapat dialihkan ke keluarga inti seperti tersebut di atas, maka pembayaran klaim hanya dapat dilakukan dengan Cek.													
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.													
Ditandatangani di : Tempat : _____ Tanggal : ____/____/____	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Pemegang Polis / Wali Peserta</th> <th>Tertanggung / Peserta</th> <th>Ahli Waris</th> <th>Pemilik Rekening</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Tanda Tangan & Nama Jelas</td> <td>Tanda Tangan & Nama Jelas</td> <td>Tanda Tangan & Nama Jelas</td> <td>Tanda Tangan & Nama Jelas</td> </tr> </tbody> </table>	Pemegang Polis / Wali Peserta	Tertanggung / Peserta	Ahli Waris	Pemilik Rekening	_____	_____	_____	_____	Tanda Tangan & Nama Jelas	Tanda Tangan & Nama Jelas	Tanda Tangan & Nama Jelas	Tanda Tangan & Nama Jelas
Pemegang Polis / Wali Peserta	Tertanggung / Peserta	Ahli Waris	Pemilik Rekening										
_____	_____	_____	_____										
Tanda Tangan & Nama Jelas	Tanda Tangan & Nama Jelas	Tanda Tangan & Nama Jelas	Tanda Tangan & Nama Jelas										

SURAT KETERANGAN DOKTER – untuk klaim Meninggal/Cacat
ATTENDING PHYSICIAN STATEMENT – for claim Death/Disability



Nama Pasien : No. Rekam Medik :
 Patient's Name Medical Record No.
 Tanggal Lahir : Umur : tahun
 Date of Birth Age
 Alamat Pasien : Jenis Kelamin : Pria Wanita
 Patient's Address Sex Male Female
 Nama Rumah Sakit :
 Hospital Name
 Jenis Klaim : Meninggal Cacat
 Type of Claim Death Disability

Keadaan yang menyebabkan meninggal/cacat Cause of death/disability Tempat meninggal/cacat Place of death/disability Tanggal & jam meninggal Date & time of death	<input type="checkbox"/> Penyakit Disease <input type="checkbox"/> Kecelakaan Accident <input type="checkbox"/> Lain-lain: Others _____ _____ tgl/bln/thn Jam: ____ / ____ / ____ dd/mm/yyyy Time _____
Jika meninggal/cacat karena penyakit If death/disability caused by disease Sebab utama meninggal/cacat Main reason of death/disability Diagnosa Diagnosis Sejak kapan penyakit tersebut mulai diderita? Since when did the disease is suffered?	_____ _____ tgl/bln/thn atau sudah berapa lama: ____ / ____ / ____ dd/mm/yyyy or how long _____
Jika meninggal/cacat karena kecelakaan If death/disability caused by accident Mohon ceritakan kronologis kecelakaan secara singkat Please describe chronology of the accident Apakah penyebab terjadinya kecelakaan disebabkan oleh Pengaruhalkohol/narkotika/obatobatan/lainnya? Is the accident caused by the influence of alcohol / narcotics / drugs / others?	<input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No Jika Ya, mohon jelaskan: If Yes, please detail
Jika meninggal/cacat karena penyebab lain If the death/disability due to other causes Mohon jelaskan Please explain	
Bagian tubuh yang mengalami cacat Part of body being disabled	
Sifat cacat Nature of disability	<input type="checkbox"/> Sementara Temporary <input type="checkbox"/> Tetap Permanent
Bila bersifat sementara, mohon jelaskan If temporary, please explain	
Apakah cacat tersebut dapat sembuh total/sepurna? Could this disability completely recover? Jika "Ya", berapa lama perkiraan waktu kesembuhannya? If "Yes", how long is the estimated time of recovery? Jika "Tidak", berapa persen penurunan fungsi yang terjadi? If "No", what is the percentage of the decreasing function Jika tidak pasti, mohon penjelasan If unsure, please explain	<input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No <input type="checkbox"/> Tidak pasti Unsure _____ _____ %
Dokter/Rumah Sakit lain yang pernah mengobati/merawat pasien Other Doctor/Hospital which have treated the patient Nama Dokter/Rumah Sakit Doctor's/Hospital's Name Alamat Address Tanggal Berobat Date of Consultation Diagnosa Diagnosis	_____ _____ tgl/bln/thn ____ / ____ / ____ dd/mm/yyyy _____
Keterangan lainnya Other Information	

Demikian keterangan dalam formulir ini Saya berikan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya
 Hereby I declare that the above information is true and complete to the best of my knowledge

Dokter
 Physicians

Nama Dokter :
 Doctor's Name
 Spesialisasi :
 Specialization
 Nomor Handphone :
 Cellphone Number
 Tempat & Tanggal : _____, ____ / ____ / ____
 Place & date

Tanda tangan & nama jelas beserta cap rumah sakit
 Signature & name with Hospital's stamp

SURAT KUASA / POWER OF ATTORNEY



Yang bertanda tangan di bawah ini:

The undersigned

Nama Pemberi Kuasa

Principal's name

Alamat

Address

Tanggal Lahir

Date of Birth

_____/_____/_____

Nomor KTP/SIM/PASPORT

ID/driving license/passport number

Hubungan dengan Tertanggung/Peserta

Relation with insured/participant

Diri sendiri Suami/Istri Orang tua/Anak
Self Husband/Wife Parents/Children

Kakak/Adik Lainnya:
Siblings Others _____

Nomor Polis / SPAJ

Policy / SPAJ number

Nomor Sertifikat

Certificate number

Nama Tertanggung/peserta

Insured's/participant's Name

Alamat

Address

Tanggal Lahir

Date of Birth

Nomor KTP/SIM/PASPORT

ID/driving license/passport number

Dengan ini memberi kuasa kepada dokter yang pernah mengobati, merawat dan/atau yang memeriksa terakhir maupun pihak-pihak lainnya untuk memberikan keterangan tentang riwayat sakit Tertanggung/Peserta maupun keterangan lainnya sehubungan dengan klaim atau keperluan lainnya kepada PT Panin Dai-ichi Life, baik selama Tertanggung/Peserta masih hidup atau setelah meninggal.

Hereby authorizes the attending physicians as well as all other parties concerned, during the life time or after the Insured's/Participant's death, to extend any medical history of the Insured/Participant and/or other relevant information relating to the claim or other necessary requirements to PT Panin Dai-ichi Life.

Surat Kuasa ini diberikan dengan mengesampingkan salah satu cara berakhirnya Surat 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. Fotokopi Surat Kuasa ini sama kuatnya dengan salinan asli. Demikian Surat Kuasa ini dibuat dan diberikan dengan hak substitusi agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

This Power of Attorney is granted by waiving one of the rulings on the termination of Powers of Attorney as contained in article 1813 KUHPer (Civil Code) i.e. on the death of the Principal. This Power of Attorney takes effect as of the date signed and shall prevail to be in effect after the death of the Principal. A Photostat of this Power of Attorney is equally legally enforceable as the original copy. This Power of Attorney is drawn up and granted substitute right to be applied accordingly.

Ditandatangani di : _____

Pemberi Kuasa
Principal

Tanggal : ____/____/____

Materai Rp 6.000,-
Stamp Duty

Tanda tangan dan nama jelas
Name and signature