



FORMULIR KLAIM – ASURANSI INDIVIDU

(Diisi oleh Pemegang Polis/Tertanggung /Yang ditunjuk yang berusia lebih dari 17 tahun/Wali yang ditunjuk)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> MENINGGAL | <input type="checkbox"/> RAWAT JALAN | <input type="checkbox"/> KONDISI KRITIS |
| <input type="checkbox"/> CACAT TETAP & TOTAL | <input type="checkbox"/> RAWAT INAP | <input type="checkbox"/> PEMBEBASAN PEMBAYARAN PREMI |
| <input type="checkbox"/> MENINGGAL/CACAT KARENA KECELAKAAN | (KONDISI KRITIS, CACAT TETAP TOTAL&MENINGGAL) | |

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

Data Pemegang Polis/ Tertanggung Nama Pemegang Polis : _____ P/W Nama Tertanggung : _____ P/W Tanggal lahir Tertanggung : [] / [] / [] (Tgl/Bln/Thn) No. Polis : _____	Diisi HANYA Untuk Klaim Meninggal Nama Yang Ditunjuk : _____ P/W Hubungan dengan Tertanggung <input type="checkbox"/> Suami/Istri <input type="checkbox"/> Orang Tua/ Anak <input type="checkbox"/> Kakak/Adik <input type="checkbox"/> Lainnya No. Polis : _____
--	--

Perubahan data korespondensi No Telp /HP Pemegang Polis: _____ Alamat Rumah : _____	No Telepon/HP Yang Ditunjuk : _____
--	-------------------------------------

Alamat Email : _____
** Saya mengerti dan memahami jika saya mengisi perubahan data korespondensi, maka PT. Asuransi Jiwa Generali Indonesia akan melakukan pengkinian data sesuai dengan data yang tercantum pada formulir ini*

Penyebab Perawatan atau Meninggal dikarenakan Keluhan & gejala yang menyebabkan masuk rumah sakit atau meninggal Sejak kapan keluhan & gejala tersebut pertama kali muncul Apakah rawat inap /meninggal disebabkan oleh pengaruh alkohol/ Narkotika/obat-obatan lainnya? Apakah Tertanggung 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"/> Penyakit <input type="checkbox"/> Kecelakaan <input type="checkbox"/> Lain Lain _____ [] / [] / [] (Tgl/Bln/Thn), atau sejak : _____ <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Mohon jelaskan: _____ <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya [] / [] / [] (Tgl/Bln/Thn) Nama & alamat dokter / Rumah Sakit _____
--	--

Jika karena kecelakaan Tempat & tanggal terjadinya kecelakaan Kronologis terjadinya kecelakaan	[] / [] / [] (Tgl/Bln/Thn) _____
---	--

Polis lain yang dimiliki Tertanggung Nama perusahaan Asuransi : _____ Nama program asuransi : _____ No polis: _____ Tanggal Efektif Polis : _____ / _____ / _____ (Tgl/Bln/Thn)	Dalam hal klaim Medical Plan, Jika terdapat selisih biaya yang tidak dijamin Asuransi Jiwa Generali Indonesia, agar dibuatkan surat koordinasi manfaat <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
---	---

Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan di transfer ke: (untuk manfaat hidup akan ditransfer ke Pemegang Polis & untuk manfaat meninggal ke Yang ditunjuk) Nama : _____ No. Rekening : _____ Bank : _____ Cabang : _____ Note : _____

SURAT KUASA & PERNYATAAN	
Yang bertanda tangan di bawah ini: Nama pemberi kuasa : _____ Alamat : _____ Tanggal lahir : _____ / _____ / _____ (Tgl/Bln/Thn) Nomor Identitas : _____ Hubungan dengan Tertanggung : <input type="checkbox"/> diri sendiri <input type="checkbox"/> Suami / istri <input type="checkbox"/> Orang tua/ anak <input type="checkbox"/> Kakak /adik <input type="checkbox"/> Lainnya _____ Nama Tertanggung : _____ Alamat : _____ Tanggal lahir : _____ / _____ / _____ (Tgl/ Bln/Thn) Nomor identitas : _____	
Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Dengan ini Saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab – sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUHP Perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan yang mempunyai catatan/ keterangan atau mengetahui keadaan / kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT.Asuransi Jiwa Generali Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan / keterangan mengenai diri dan keadaan / kesehatan Tertanggung. Fotokopi dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.	
Ditanda tangani di _____ Tanggal _____ / _____ / _____	(Tanda tangan dan Nama Jelas) Pemegang Polis/Yang Ditunjuk
	(Tanda tangan dan Nama Jelas) Tertanggung