



FORMULIR KLAIM MANFAAT HIDUP – ASURANSI INDIVIDU

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

☐ KESEHATAN

☐ CACAT TETAP & TOTAL

☐ CACAT KARENA KECELAKAAN

☐ KONDISI KRITIS

☐ PEMBEBASAN PEMBAYARAN PREMI
(KONDISI KRITIS, CACAT TETAP TOTAL)

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

DATA PEMEGANG POLIS/ TERTANGGUNG

No. Polis Pengajuan Klaim : _____

Nama Pemegang Polis : _____ P / W

: _____

Nama Tertanggung : _____

Tanggal lahir Tertanggung : _____ / _____ / _____ (Tgl/Bln/Thn)

: _____

Penyebab Perawatan

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

☐ Penyakit ☐ Kecelakaan ☐ Lain-lain

_____/_____/_____(Tgl/Bln/Thn) atau sejak: _____

☐ Tidak ☐ Ya

Mohon jelaskan : _____

☐ Tidak ☐ Ya _____(Tgl/Bln/Thn)

Nama & alamat dokter / Rumah Sakit

JIKA KARENA KECELAKAAN

Tempat & tanggal terjadinya kecelakaan

Kronologis terjadinya kecelakaan

_____/_____/_____(Tgl/Bln/Thn) atau sejak: _____

POLIS LAIN YANG DIMILIKI TERTANGGUNG

Nama perusahaan asuransi : _____

Nama program asuransi : _____ No Polis : _____

Tanggal Efektif Polis : _____ / _____ / _____ (Tgl/Bln/Thn)

Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan di transfer ke rekening Pemegang Polis yang terdaftar dan untuk korespondensi akan dikirimkan ke alamat atau email yang terdaftar pada sistem kami.
Jika terdapat perubahan Data Rekening Pemegang Polis atau alamat korespondensi dapat diajukan melalui aplikasi Gen iClick sebelum pengajuan klaim.

SURAT KUASA

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama pemberi kuasa : _____

Alamat : _____

Tanggal Lahir : ____ / ____ / ____ (Tgl/Bln/Thn)

Hubungan dengan tertanggung ☐ Diri Sendiri ☐ Suami / istri ☐ Orang tua/ anak ☐ Kakak /adik ☐ Lain-lain _____

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. Saya/Kami membebaskan Penanggung termasuk direksi, komisaris, pemegang saham, afiliasi, kantor penjualan, agen, kuasa, karyawan, dan semua pihak yang memiliki atau dianggap memiliki hubungan dengan Penanggung dari segala tuntutan, gugatan, ataupun pengaduan lainnya dikemudian hari baik dari pihak Pemegang Polis termasuk keluarganya maupun dari pihak yang berkepentingan atas pengajuan klaim ini.

Fotokopi dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di _____ Tanggal ____ / ____ / ____ (Tgl/Bln/Thn)

Pemegang Polis/Yang Ditunjuk

(Tanda tangan dan Nama Jelas)

Tertanggung

(Tanda tangan dan Nama Jelas)

SURAT PERNYATAAN DAN PERSETUJUAN (mohon dibaca dengan jelas sebelum menandatangani formulir klaim)

1. Saya* memahami bahwa saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan itikad 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 ("**Pemohonan 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 Asuransi Jiwa Generali Indonesia ("**Generali**") 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 Generali ("**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 Generali 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/Pertanggung Tambahan/Polis Tambahan), dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Pertanggung 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/Pertanggung 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 Generali hanya akan membayarkan Nilai Tunai (Khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi), jika ada.
 - d. Melakukan penilaian ulang risiko (re-underwriting), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Polis Dasar dan/atau setiap Asuransi/Pertanggung 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. Generali juga berhak untuk melakukan perjumpaan (set-off) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai 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 diatas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:
 - a. Penandatanganan Formulir Klaim ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Generali 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 = Penerima Manfaat atau pihak lainnya yang tidak menandatangani SPAJ

Ditandatangani di _____ Tanggal _____ / _____ / _____ (Tgl/Bln/Thn)

Pemegang Polis/Yang Ditunjuk

(Tanda tangan dan Nama Jelas)

Tertanggung

(Tanda tangan dan Nama Jelas)