



FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA – ASURANSI INDIVIDU

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

- ☐ MENINGGAL DUNIA
- ☐ MENINGGAL KARENA KECELAKAAN
- ☐ PEMBEBASAN PEMBAYARAN PREMI UNTUK MENINGGAL DUNIA

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

DATA PEMEGANG POLIS DAN TERTANGGUNG

No. Polis Pengajuan Klaim : _____ Nama Tertanggung : _____

Nama Pemegang Polis : _____ P / W Tanggal lahir Tertanggung : _____ / _____ / _____ (Tgl/Bln/Thn)

Pekerjaan Pemegang Polis : _____ Pekerjaan Tertanggung : _____

DATA PENERIMA MANFAAT YANG DITUNJUK :

Nama Yang Ditunjuk:	Hubungan:	Pekerjaan:	Bidang Usaha:
1. _____ P / W	_____	_____	_____
2. _____ P / W	_____	_____	_____
3. _____ P / W	_____	_____	_____
4. _____ P / W	_____	_____	_____

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

☐ 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 Penerima Manfaat yang Ditunjuk. Mohon dapat melampirkan Fotocopy rekening masing-masing Penerima Manfaat yang Ditunjuk.

Untuk persyaratan pengajuan klaim dapat dilihat pada Web generalico.id

SURAT KUASA

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)

(Tanda tangan dan Nama Jelas Yang Ditunjuk*)

*) salah satu yang ditunjuk

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

1. Saya* menyatakan dan memahami bahwa sebagai bagian dari proses pengajuan [permohonan asuransi/Pemulihan Polis/perubahan Polis dan keberlangsungan Polis, Pemegang Polis, Tertanggung, Pembayar Premi dan/atau pihak terkait lainnya telah memberikan data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta kepada PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia ("Generali"), sebagaimana tercantum dalam SPAJ, formulir pemulihan Polis, formulir perubahan Polis serta setiap formulir dan dokumen lainnya (termasuk setiap dokumen atau formulir yang diberikan kepada Generali setelah berlakunya Polis) ("Dokumen Permohonan"), yang mana yang sesuai dengan keadaannya (seluruhnya disebut sebagai "Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya").
2. Saya dengan ini menyatakan bahwa Saya tidak berhak dan tidak akan membantah, menyanggah, mempertanyakan dan/atau mempermasalahkan kebenaran Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya. Saya juga menyatakan bahwa Saya menerima seluruh ketentuan Polis (termasuk Endorsemen, jika ada).
3. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan dalam formulir klaim ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Generali sebagai bagian dari pengajuan permohonan klaim Manfaat Asuransi ("Informasi Konsumen"), adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan.
4. Apabila sebagian atau seluruh (i) Informasi Yang Sudah Ada sebelumnya; dan/atau (ii) Informasi Konsumen 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. Melakukan penilaian ulang risiko (re-underwriting), dan menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - c. 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 dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan.

Saya juga menyatakan bahwa pernyataan Saya ini juga bertindak mewakili dan telah mendapatkan persetujuan sebelumnya dari Penerima Manfaat atau Pihak Yang Ditunjuk lainnya (jika ada). Sehingga Saya menjamin dan membebaskan Generali dari setiap keberatan dan/atau tuntutan apapun yang dilakukan oleh Penerima Manfaat atau Pihak Yang Ditunjuk lainnya (jika ada) maupun pihak yang mewakilinya atas pernyataan yang Saya buat dalam Formulir Klaim ini, dimana Saya akan bertanggung jawab atas hal ini.

*Saya = Penerima Manfaat atau pihak lainnya yang tidak menandatangani SPAJ

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

(Tanda tangan dan Nama Jelas Yang Ditunjuk*)

*) salah satu yang ditunjuk