

PENGAJUAN KLAIM:

- Meninggal Dunia
- Cacat Tetap & Total
- Rawat Inap
- Penyakit Kritis

Catatan Penting :

1. Formulir klaim ini harus diisi oleh Penerima Manfaat / Pengajuan Klaim
2. Jawab semua pertanyaan di bawah dengan lengkap, jelas dan benar, beri tanda v pada pilihan yang tersedia
3. Lengkapi dokumen klaim yang dibutuhkan agar proses klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat

Data Pemegang Polis/Tertanggung:

Nama Pemegang Polis Nama Tertanggung Tanggal Lahir Tertanggung No. Polis/No. Sertifikat Hubungan dengan Tertanggung	_____ _____ (Tgl/Bln/Thn) _____ <input type="checkbox"/> Diri Sendiri <input type="checkbox"/> Suami/Istri <input type="checkbox"/> Orang tua/Anak <input type="checkbox"/> Kakak/Adik
---	--

Data Klaim

Penyebab klaim Tanggal terjadinya klaim Nama tempat terjadinya klaim Nama Dokter yang merawat/memeriksa Keluhan & gejala yang menyebabkan terjadinya klaim Kapan pertama kali keluhan & gejala muncul Nama penyakit atau gangguan yang diderita Apakah Tertanggung sebelumnya pernah dirawat/berobat/konsultasi untuk penyakit yang diderita atau penyakit lainnya Jika Ya , lengkapi data disamping	<input type="checkbox"/> Penyakit <input type="checkbox"/> Kecelakaan <input type="checkbox"/> Lainnya: _____ _____ (Tgl/Bln/Thn) _____ _____ _____ (Tgl/Bln/Thn) <input type="checkbox"/> Ya, tanggal _____ (Tgl/Bln/Thn) <input type="checkbox"/> Tidak Nama penyakit : _____ Nama Dokter & RS: _____ Alamat: _____ _____
---	---

Penyebab karena kecelakaan:

Tempat & tanggal terjadinya kecelakaan Kronologis kecelakaan	_____ & _____ (Tgl/Bln/Thn) _____ _____
---	---

Informasi Lain:

Apakah Tertanggung memiliki Polis di Asuransi lain? Nama Perusahaan Asuransi>Nama program No. Polis / Tanggal Efektif	<input type="checkbox"/> Ya (jika Ya, mohon sebutkan di bawah) <input type="checkbox"/> Tidak _____ / _____ _____ & _____ (Tgl/Bln/Thn)
---	---

PERNYATAAN-PERNYATAAN DAN KUASA

Dengan ini Saya/Kami **MENYATAKAN** dan **MENYETUJUI** bahwa saya/kami telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan di atas dengan lengkap dan benar.

Dengan ini saya **MENYETUJUI** dan **MEMBERIKAN KUASA** yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUH Perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi/Reasuransi, Badan Hukum/Lembaga atau Perorangan yang mempunyai catatan / keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk menyerahkan kepada PT. Asuransi Ciputra Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, setiap informasi kesehatan termasuk tetapi tidak terbatas pada data-data kesehatan. Salinan dari Surat Kuasa ini berlaku dan mempunyai kekuatan hukum yang sama seperti aslinya.

Ditandatangani di : _____ Yang mengajukan klaim (Penerima Manfaat) <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> _____ (Nama Lengkap & Tanda Tangan Sesuai KTP) </div>	Tanggal (Tgl/Bulan/Thn) : _____, _____, _____ Alamat : _____ _____ Nomor Tel / HP : _____ Email : _____ Hubungan dengan Tertanggung : _____
---	--