PFI MEGA LIFE SYARIAH

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM-
Claim Form Submission-
MANFAAT ASURANSI JIWA
Life Insurance Benefits

JENIS PENGAJUAN MANFAAT ASURANSI / *Types of Claim Benefits for Insurance Benefits*

☐ **MENINGGAL DUNIA/ *Death Claim*** ☐ **KESEHATAN/ *Health Claim*** ☐ **CACAT/ *Disability*, PENYAKIT KRITIS/ *Critical Illness***
☐ **LAINNYA/ *Others*, ...**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah Pemegang Polis / Penerima Manfaat PT PFI MEGA LIFE INSURANCE :
I'am, the undersigned, is the Policy holder / Beneficiary of PT PFI MEGA LIFE INSURANCE :

Nama Pemegang Polis / *Policy holder name* :
Penerima Manfaat / *Beneficiary*

Nama Peserta / Participant name :
(hanya untuk 1 orang Peserta /
only for 1 Participant person)

Nomor Polis (1) / *Policy number (1)* :
Nomor Polis (2) / *Policy number (2)* :
Nomor Polis (3) / *Policy number (3)* :
Nomor Polis (4) / *Policy number (4)* :
Nomor Polis (5) / *Policy number (5)* :

*Tanggal Rawat Inap/ *Date of Hospitalization* :

Tgl/*date* : ..... -	Tgl/*date* : ..... - .....
Tgl/*date* : ..... -	Tgl/*date* : ..... - .....
Tgl/*date* : ..... -	Tgl/*date* : ..... - .....
Tgl/*date* : ..... -	Tgl/*date* : ..... - .....
Tgl/*date* : ..... -	Tgl/*date* : ..... - .....

Alamat Korespondensi / *Address* :

Kode Pos / *POS code* :

No. HP-WA / *Whatsapp Mobile Phone number* : -

Email / *Email address* : :

APABILA KLAIM TERSEBUT DISETUJUI, MOHON PEMBAYARAN KLAIM ASURANSI DITUJUKAN KE / *If the claim approved, please payment directly to* :

Nomor Rekening / *Account number* : ☐ Aktif / *Active*

Atas Nama / *On Behalf of* :

Nama Bank / *Bank name* : ☐ Tidak Aktif / *Not Active*

Jenis Rekening / *Account type* ☐ Rupiah ☐ US.$

DEKLARASI CRS ATAS DOMISILI WAJIB PAJAK / *CRS Declaration of tax domicile* :

Apakah Anda HANYA berdomisili pajak di Indonesia? / *are you ONLY taxpayer domiciled in Indonesian?* ☐ Ya/*yes* ☐ Tidak/*no*

Jika tidak, sebutkan nama negara wajib pajak anda / *If no, please mention the name of your taxable country*

Pernyataan dari Pemegang Polis/Peserta (Apabila pengaju klaim adalah Pemegang Polis atau Peserta)

1. *Saya* memahami bahwa saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (utmost good faith) dalam (i) pengajuan permohonan asuransi syariah, permohonan Pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis, dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya); dan (ii) pengajuan klaim Manfaat Asuransi Syariah ("Permohonan 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 PFI Mega Life Insurance dalam menerima atau menolak suatu Permohonan Konsumen dan/atau menetapkan jumlah Kontribusi.*
2. *Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan ("Informasi Konsumen") dalam SPAJS, formulir Pemulihan Polis, formulir perubahan Polis, formulir klaim Manfaat Asuransi Syariah serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh PT PFI Mega Life Insurance ("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 PT PFI Mega Life Insurance melakukan hal-hal berikut ini:*
   a. *Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi Syariah yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi Syariah;*
   b. *Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi Syariah/Polis Dasar/Asuransi Syariah Tambahan/Polis Tambahan), dengan pengembalian Kontribusi (atau Biaya Asuransi Syariah dari Asuransi Syariah/Asuransi Syariah Tambahan, sebagaimana relevan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan (jika ada), Manfaat Asuransi Syariah 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 Syariah/Asuransi Syariah Tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi Syariah, 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 PT PFI Mega Life Insurance 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 Syariah /Polis Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan manfaat asuransi syariah, dan/atau menyesuaikan jumlah Kontribusi atau Biaya Asuransi Syariah yang harus dibayar; dan/atau*
   e. *Menagih kekurangan Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi Syariah dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (re-underwriting), jumlah Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi Syariah yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. PT PFI Mega Life Insurance juga berhak untuk melakukan perjumpaan (set-off) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan [Nilai Tunai] yang ada dalam Polis Saya dan/atau Manfaat Asuransi Syariah yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi Syariah.*
4. *Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:*
   a. *Penandatanganan Formulir Klaim ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh PT PFI Mega Life Insurance 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 = Pemegang Polis atau Peserta***

Pernyataan dari Penerima Manfaat (apabila pengaju klaim adalah Penerima Manfaat atau pihak lain yang tidak pernah menandatangani SPAJS)

1. *Saya* menyatakan dan memahami bahwa sebagai bagian dari proses pengajuan [permohonan asuransi syariah/Pemulihan Polis/perubahan Polis] dan keberlangsungan Polis, Pemegang Polis, Peserta, Pembayar Kontribusi dan/atau pihak terkait lainnya telah memberikan data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta kepada PT PFI Mega Life Insurance, sebagaimana tercantum dalam SPAJS, formulir Pemulihan Polis, formulir perubahan Polis serta setiap formulir dan dokumen lainnya (termasuk setiap dokumen atau formulir yang diberikan kepada PT PFI Mega Life Insurance 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 Endosemen, 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 PT PFI Mega Life Insurance sebagai bagian dari pengajuan permohonan klaim Manfaat Asuransi Syariah ("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 PT PFI Mega Life Insurance melakukan hal-hal berikut ini:*
   a. *Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi Syariah yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi Syariah;*
   b. *Melakukan penilaian ulang risiko (re-underwriting), dan menyesuaikan manfaat asuransi syariah, dan/atau menyesuaikan jumlah Kontribusi atau Biaya Asuransi Syariah yang harus dibayar; dan/atau*
   c. *Menagih kekurangan Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi Syariah dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (re-underwriting), jumlah Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi Syariah yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. PT PFI Mega Life Insurance juga berhak untuk melakukan perjumpaan (set-off) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan [Nilai Investasi] yang ada dalam Polis dan/atau Manfaat Asuransi Syariah yang akan dibayarkan.*

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

PERNYATAAN KUASA / *Power of Attorney* :

Saya/Kami/Penerima Manfaat dari atas nama Peserta diatas bersama ini memberikan Kuasa kepada dokter, rumah sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi Lainnya ataupun perorangan yang mempunyai catatan data atau yang mengetahui keadaan kesehatan Peserta, untuk diberikan kepada PT PFI Mega Life Insurance atau orang yang mewakili, atas semua keterangan mengenai diri Peserta/Kami yang berhubungan dengan kesehatan, riwayat pengobatan, perawatan di rumah sakit, nasihat - nasihat dokter, pengobatan atau penyakit.

I/We/the Beneficiary on behalf of the Participant give authorize to doctor, hospitals, clinic, health center, any others Insurance Company or individual who has data records or who knows the health condition of the Participant, to be given to PT PFI Mega Life Insurance or a person representing , for all information regarding the Participant/Our self which is related to health, medical history, hospital treatment, doctor's advice, medication or illness.

TERTANDA / *Signed* ;

..... / ...../ ..... / .....

materai/stamp
Rp. 10,000,-

.....

(Pemegang Polis / Penerima Manfaat)
(*Policy holder / Beneficiary*)

Diterima oleh Departemen Klaim/ *Received by* :	
- Tanggal/*date*	
- Paraf/*Initials*	
- Nama/*Name*	

Form-Clm-06-22-12-2025

* Tanggal kejadian/*Date of incident* : hanya di isi untuk pengajuan klaim santunan harian rawat inap/*Only filled in to submit claims for Daily of Hospitalization*

PFI MEGA LIFE SYARIAH

FORMULIR KLAIM CACAT TETAP TOTAL ATAU SEMENTARA

PENTING

Formulir ini harus dilengkapi oleh Pemegang Polis, diisi dengan jelas dan dikembalikan kepada Penanggung/Perusahaan, disertai Surat Keterangan Dokter untuk Klaim Cacat Total dan Tetap yang telah diisi oleh Dokter yang merawat.

DATA PEMEGANG POLIS

Nomor Polis :
Nama Pemegang Polis :

DATA PESERTA

Nama Peserta :
Tanggal lahir /Usia :
Alamat& No. Telepon :

1. Pekerjaan (jenis pekerjaan yang dikerjakan dan tanggung jawabnya, sebelum terjadinya cacat dan setelah terjadinya cacat)

SEBELUM CACAT	SETELAH CACAT

2. Pendapatan rata – rata perbulan
   Sebelum cacat :
   Setelah cacat :

3a. Uraikan Aktifitas anda sehari-hari, setelah tidak bekerja lagi ?

b. Alasan Anda tidak berkerja lagi ?

4 Penyebab kecacatan : Penyakit ☐ Tgl gejala mulai terjadi

Kecelakaan ☐ Tgl waktu kecelakaan Jam

5. Bila cacat disebabkan oleh kecelakaan, apakah telah dilaporkan ke pada pihak yang berwajib?
   YA ☐ TIDAK ☐

a) Jika Tidak, alasannya

b) Jelaskan bagian tubuh yang luka dan jenis luka yang diderita

6. Bila cacat disebabkan oleh penyakit, jelaskan riwayat dan gejala awal penyakit?

7. Tanggal terakhir bekerja ?

DATA PERAWATAN

8. Nama dan alamat Dokter atau Spesialis yang pernah dikunjungi sehubungan kecacatan tsb.

Tanggal konsultasi	Dokter / Spesialis	Alamat

9. Bila pernah dirawat di rumah sakit, mohon diberikan rincian sbb :

Nama Rumah Sakit	Tanggal Mulai Perawatan	Tanggal Akhir Perawatan

KETERANGAN LAIN

A. Apakah Anda ditanggung untuk biaya cacat oleh perusahaan asuransi lain (bila ya, mohon lengkapi data dibawah ini)

	Nama Perusahaan Asuransi	Uang Pertanggngan	Asuransi Tambahan	Nomor Polis
a				
b				
c				

PFI MEGA LIFE SYARIAH

B. Mohon cantumkan nama, cabang serta nomor rekening dari Penerima Manfaat untuk memudahkan pembayaran JIKA KLAIM INI DISETUJUI (dalam huruf cetak)

Nomor Rekening : .....
Nama : .....
Nama Bank : .....
Cabang : .....

PERNYATAAN DAN KUASA

Saya menyatakan bahwa semua penjelasan diatas adalah lengkap dan benar. Saya memberi kuasa kepada dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi, badan, lembaga atau pihak-pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan saya /Peserta, untuk mengungkapkan semua keterangan kesehatan saya /Peserta kepada PT PFI MEGA LIFE INSURANCE sehubungan dengan pengajuan klaim asuransi jiwa ini.

Tempat dan Tanggal

Tandatangan

Formulir ini harus disertai syarat-syarat pengajuan klaim lainnya, yaitu :

1) Formulir Klaim Keterangan Dokter untuk klaim Cacat Tetap Total atau Cacat Sementara
2) Resume medis dari dokter yang pernah merawat
3) Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan Laboratorium dan Radiologi,
4) Surat Berita Acara kepolisian untuk cacat yang disebabkan oleh kecelakaan, dan melibatkan pihak kepolisian (asli)
5) Dokumen lain yang dianggap perlu oleh Penanggung

Dokumen-dokumen asli akan dikembalikan setelah dilegalisir oleh PT PFI MEGA LIFE INSURANCE

PFI MEGA LIFE SYARIAH

FORMULIR KLAIM CACAT TETAP TOTAL ATAU SEMENTARA

PENTING

- Untuk dilengkapi oleh dokter Pemeriksa/ dokter yang merawat
- Mohon lengkapi semua pertanyaan dan sertakan dengan dokumen pendukung seperti catatan Medis, hasil laboratorium/radiologi dan lain-lainnya. Lengkapi dengan tanggal &Tandatangan .

DATA PASIEN

Nama Pasien :

Tempat Tgl Lahir / Usia :

Jenis Kelamin : ○ Laki-laki ○ Wanita

DATA KESEHATAN

1. Tanggal Perawatan :
2. Tanggal terjadinya kecelakaan :
3. Anamnesa, Riwayat penyakit :

4 Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui oleh Pasien ?	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
5 Tanggal Pertama kali konsultan ?	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
6. Nama dan alamat dokter yang merujuk	_____
7 Jenis serta hasil pemeriksaan fisik, lab, rongent, CT–scan, hasil PA, dll yang dilakukan.	_____
8 Diagnosa atau dugaan diagnosa	_____
9 Tanggal pasien diberitahu/mengetahui adanya diagnosa tsb	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
10 Penyebab diagnosa tersebut	_____
11 Tanggal pertama kali diketahui penyebab diagnosa Tersebut.	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
12. Terapi atau tindakan	_____

PFI MEGA LIFE SYARIAH

13. Akibat Kecelakaan tersebut, apakah Peserta Mengalami Ketidakmampuan Total : Jika "Ya", apakah Peserta mengalami kehilangan / kehilangan fungsi atas :	YA ☐ Tidak ☐
	Kedua lengan atau kedua tungkai (tidak temasuk tangan dan kaki) Ya ☐ Tidak ☐
	1 lengan dan 1 tungkai (tidak termasuk tangan dan kaki) Ya ☐ Tidak ☐
	1 lengan atau 1 tungkai Ya ☐ Tidak ☐
	Penglihatan ke 2 mata Ya ☐ Tidak ☐
	Penglihatan ke 1 mata Ya ☐ Tidak ☐
	Pendengaran ke 2 telinga Ya ☐ Tidak ☐
	Pendengaran ke 1 telinga Ya ☐ Tidak ☐
	Kemampuan Bicara Ya ☐ Tidak ☐
Jika "Tidak ", mengalami Ketidakmampuan Total, apakah Peserta dapat melakukan kehidupan sehari-hari tanpa bantuan sepenuhnya dari alat mekanik atau orang lain :	Mandi Ya ☐ Tidak ☐
	Makan Ya ☐ Tidak ☐
	Berpakaian Ya ☐ Tidak ☐
	Menggunakan toilet Ya ☐ Tidak ☐
	Naik/turun dari tempat tidur Ya ☐ Tidak ☐
14 Mulai terjadi ketidakmampuan :	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
15 Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya ? a. Tanggal	Ya ☐ Tidak ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ s/d ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
b. Diagnosa c. Nama Dokter d. Nama Rumah Sakit	_____ _____ _____

Saya, sebagai dokter yang merawat pasien tersebut diatas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter : _____
Rumah sakit / Klinik : _____
Alamat Rumah Sakit / Klinik : _____

_____	_____	_____
Tempat & Tanggal	Tandatangan/Nama Dokter& No. SIP Dokter	Cap Rumah Sakit / Klinik