PFI MEGA LIFE

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 Tertanggung / *Insured name* :
(hanya untuk 1 orang Tertanggung / *only for 1 insured 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* :
Atas Nama / *On Behalf of* :
Nama Bank / *Bank name* :

☐ Aktif / *Active*
☐ 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/Tertanggung (Apabila pengaju klaim adalah Pemegang Polis atau Tertanggung)

1. *Saya* yang mengajukan klaim selaku pihak yang menandatangani SPAJ memahami bahwa saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad 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 ("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 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 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 Pengajuan Klaim ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika PT PFI Mega Life Insurance 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/Pertanggungan Tambahan/Polis Tambahan), dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Pertanggungan 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/pertanggungan 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 Perusahaan Asuransi 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/Pertanggungan/Polis 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. 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 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 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 Tertanggung***

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

1. *Saya* yang mengajukan klaim selaku pihak lain yang tidak pernah menandatangani SPAJ 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 PFI Mega Life Insurance, sebagaimana tercantum dalam SPAJ, 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 ("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 Perusahaan Asuransi 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. 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 yang akan dibayarkan.*

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

PERNYATAAN KUASA / *Power of Attorney* :

Saya/Kami/Penerima Manfaat dari atas nama Tertanggung 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 Tertanggung, untuk diberikan kepada PT PFI Mega Life Insurance atau orang yang mewakili, atas semua keterangan mengenai diri Tertanggung/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 Insured 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 Insured, to be given to PT PFI Mega Life Insurance or a person representing , for all information regarding the Insured/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

FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA
Death Claim Form

SURAT KETERANGAN DOKTER / *Medical Resume*

Nama Pasien/*Patient Name* :

Tanggal lahir/*Date of Birth* :

---

1. Apakah Anda Dokter yang biasa merawat almarhum/-ah ? Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No* ☐
   Are you the doctor who used to treat the patient?
2. Jika "Ya" sudah berapa lama ? ……
   If yes, how long
3. Apakah Anda merawat almarhum/-ah selama penyakitnya yang terakhir ini ? Jika "Ya", apakah keluhannya
   Did you take care of the patient during their last illness? If "yes", what were the symptoms or complaints
   ……
4. Menurut pengakuan almarhum/-ah sejak kapan almarhum/-ah mulai menderita penyakit tersebut ?
   According to the confession of the patient, since when did the patient begin to suffer from this disease?
   ……
5. Pada Tanggal berapakah Almarhum mengkonsultasikan penyakitnya untuk pertama kali ? (tgl/bln/thn)……..
   What date did the patient consult their illness for the first time? (date/month/year)
   a. Keluhan apa yang dirasakan saat itu / *What were symptoms or complaints at that time :*
      ……
   b. Sebutkan pemeriksaan penunjang yang sudah dilakukan / *What was the supporting examinations that had been done* :
      ……
   c. Apakah diagnose yang ditegakkan pada pasien ini? / *What is the Primary Diagnose* :
      ……
   d. Riwayat Penyakit Sekarang (RPS) dan sejak kapan gejala tersebut timbul (tgl/bln/thn) / *History of Current Disease and since when these symptoms appear (date/month/year)*
      ……
      Riwayat Penyakit Dahulu (RPD) dan sejak kapan didiagnosis (tgl/bln/thn) / *History of Previously Disease and since when these symptoms appear (date/month/year)*
      ……
6. Apakah Anda hadir pada meninggalnya ? Jika tidak, pada tanggal berapa Anda terakhir merawat almarhum/-ah ?……
   Did you present at their death? If not, what was the date that you last care for the patient?
   Jika anda hadir pada meninggalnya alm(h) mohon penjelasan / *If you were present at the death of the patient, please explain more*
   a. Tempat Meninggal / *Place of death* ……
   b. Tanggal Meninggal (tgl/bln/thn) / *Date of Death (date/month/year)* ……
   c. Sebab meninggal / *Cause of Death* ……
   d. Penyakit yang mendasari dan sejak kapan (tgl/bln/thn) / *Ex-cause of disease and since when (date/month/year)*
      ……
7. Apakah Anda pernah merawat almarhum/-ah untuk penyakit lain ? Jika benar, apa keluhannya ?
   Did you treat the patient for other illnesses? If yes, what's the symptoms or complaint?
   ……
8. Penyakit utama lain manakah yang diderita almarhum/-ah dan berapa lamanya ? ……
   What any other major illnesses did the patient have? and for how long?
9. Apakah ada pengaruh lain dari sebab – sebab kematian almarhum/-ah karena kebiasan – kebiasanya (menggunakan alcohol,obat bius,dsb)
   Were there any other influences because of their behavior (using alcohol, drugs, etc.)
   ……
10. Berikan Keterangan tambahan lainnya yang Anda rasa ada hubungannya ……
    Please provide other additional information that you feel will related to cause of death

PERNYATAAN DOKTER / *Doctor's Statement*

Saya dengan ini menyatakan bahwa semua jawaban di atas adalah benar dan lengkap menurut pengetahuan dan keyakinan Saya
I declare that all of the answers above are correct and complete to the best of my knowledge and believe

Tanggal / *Date* : ……

Alamat / *Address* : ……

Tanda Tangan dokter dan cap Rumah Sakit / *Doctor's signature and hospital stamp*

Form-Clm-03-18-07-2018

(……)

PFI MEGA LIFE

"FORMULIR KETERANGAN KRONOLOGIS KEMATIAN"

DEATH CHRONOLOGICAL INFORMATION FORM

Nama yang Meninggal Dunia / *Insured name* : _____

Tempat Meninggal / *Place of Death* : _____

Tanggal Meninggal / *Date of Death* : _____

Nama pemberi keterangan / *Informant name* : _____

Hubungan dengan Almarhum / *Relationship with the Insured* : _____

Nomor Telepon / *Phone number (Mobile number)* : _____

==========

1. Apakah dalam 5 (lima) tahun terakhir (alm) pernah dirawat?
   Has the insured been treated in the last 5 (five) years? : _____
2. Sejak kapan dan dirawat mana ?
   Since when and where was it treated? : _____
   _____
3. Sebutkan penyakit apa yang pernah di derita (alm) ?
   What disease did Insured suffer from? : _____
   _____
4. Menurut Ahli Waris, apa penyebab meninggalnya (alm) ?
   According to Beneficiary, what is the cause of death? : _____
   _____

   Jelaskan kronologis kematian (alm) / *Please explained regarding to chronological cause of death the Insured* :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Demikian keterangan ini Saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila unsur kekeliruan, ketidak-benaran dan/atau penyembunyian fakta, maka PT PFI Mega Life Insurance dibebaskan dari kewajiban untuk membayar klaim manfaat asuransi jiwa dan dari tuntutan hukum.
I hereby declared that this statement is true and if there are elements of error, untruth and/or concealment of facts, then PT PFI Mega Life Insurance will be released from the obligation to pay claims for life insurance benefits and also from lawsuits.

Saksi-saksi / *Witnesses*:

..... / ..... / ..... / 20....

(.....)

(.....) (.....)

Form-Clm-05-18-07-2018

PFI MEGA LIFE

Formulir Pertanyaan Tambahan Kesehatan
Additional Health Inquiry Form
Dilengkapi oleh Dokter yang menangani atau merawat pasien
To be filled in by the treating doctor

Mohon diisi dengan huruf cetak
dan Pilih dengan memberi tanda ☒

Nama Pasien / *Patient Name* :
Tanggal Lahir / *Date of Birth* :
No. Rekam Medis/*Medical Record number* : .....

1 Kapan Pertama kali pasien datang (tgl/bln/thn) /
When did the patient first time come (date/month/year)

Apa diagnosanya, mohon dijelaskan:
What is the diagnosis, please explain more

2 a. Apa keluhan utama pasien (anamnesa)? Dan sejak kapan timbul ? (tgl/bln/th)
What is the main patient's symptoms or complaints (anamnesis)? And since when did it occur? (date/month/year)

b. Ada keluhan tambahan ? / *Any additional symptoms or complaints*

3 Diagnosa apa yang ditegakkan pada pasien ini pada penyakitnya yang terakhir ? Dan sejak kapan timbul ? (tgl/bln/th)
What was the primary diagnosis made during their last illness? And since when did it occur? (date/month/year)

4 Apakah penyakit yang mendasari diagnosa tersebut ? Dan sejak kapan timbul ? (tgl/bln/th)
What was the underlying disease for the diagnosis? And since when did it occur? (date/month/year)

5 Hasil pemeriksaan penunjang apa yang digunakan untuk mendukung diagnosa tersebut ? Mohon penjelasannya:
What investigation results were used to support the diagnosis? please to explanation more

6 Adakah dokter lain yang merawat pasien ini selain dokter? ☐ Ya ☐ Tidak
Is there any other doctor treating this patient? Yes / No

Bila Ya Sebutkan Nama dokter lain dan alamat praktek yang juga pernah merawat pasien
If Yes, please state the names of other doctors and addresses of practices that have treated patients

7 Sebutkan Riwayat Penyakit Dahulu (RPD) Sejak kapan gejala tersebut timbul ? (tgl/bln/th)
History of Previously Disease since when these symptoms appear (date/month/year)

8 Apakah sebelumnya pasien pernah menjalani Rawat Jalan ? ☐ Ya ☐ Tidak;Jika Ya mohon sebut dan jelaskan
Has the patient previously undergone outpatient treatment? If Yes, Please explain more
Date/Month/Year ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ Diagnosis .....
Date/Month/Year ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ Diagnosis .....
Date/Month/Year ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ Diagnosis .....

9 Apakah sebelumnya pasien pernah menjalani Rawat Inap ? ☐ Ya ☐ Tidak; Jika Ya mohon sebut dan jelaskan
Has the patient previously undergone inpatient treatment? If Yes, Please explain more
Date/Month/Year ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ Diagnosis .....
Date/Month/Year ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ Diagnosis .....
Date/Month/Year ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ Diagnosis .....

10 Apakah pasien mempunyai riwayat penyakit seperti berikut /
. *Did the patient have history of the following diseases?*

No	History of diseases	Since when (date/month/year)
1	Heart disease	☐☐-☐☐-☐☐☐☐
2	Tuberculosis	☐☐-☐☐-☐☐☐☐
3	Diabetes Mellitus	☐☐-☐☐-☐☐☐☐
4	Stroke	☐☐-☐☐-☐☐☐☐
5	Hypertension	☐☐-☐☐-☐☐☐☐
6	Chronic Lung Disease	☐☐-☐☐-☐☐☐☐
7	Liver	☐☐-☐☐-☐☐☐☐
8	Cancer/Tumors	☐☐-☐☐-☐☐☐☐
9	Kidney	☐☐-☐☐-☐☐☐☐
10	Hepatitis	☐☐-☐☐-☐☐☐☐
11	Asthma	☐☐-☐☐-☐☐☐☐
12	Other disease of systemic	☐☐-☐☐-☐☐☐☐

11. Are there any other symptoms of systemic disease that the patient has experienced?

12. Is there any other information that the Doctor would like to explain?

PERNYATAAN DOKTER / *Doctor's Statement*
I declare that all of the answers above are correct and complete to the best of my knowledge and believe.
Date : ..... ***Doctor's signature & Name*** (.....)