



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)

*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 : _____

Tidak Aktif / *Not Active*

Nama Bank / *Bank name* : _____

Jenis Rekening / Account type Rupiah US.\$

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

Yes No

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 ikhtikad 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 pemerasan 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 menyatakan 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 perjūmpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan [Nilai Tunai] yang ada dalam Polis 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

PT PFI Mega Life Insurance, Head Office GKM Green Tower Lantai 17 Jl. TB. Simatupang Kav. 89G, Kebagusan, Pasar Minggu - Jakarta Selatan 12520, Indonesia
P : +62 21 50812100 Call Center : P : +62 21 29545555 E : cs@pfimegalife.co.id www.pfimegalife.co.id

PT PFI Mega Life Insurance berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK)

* 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*

Page 2 of 2



FORMULIR KLAIM CACAT TETAP TOTAL ATAU SEMENTARA

PENTING

Formulir ini harus dilengkapi oleh Pemegang Polis, diisi dengan jelas dan dikembalikan kepada Penanggung, 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 TERTANGGUNG

Nama Tertanggung : _____

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 Pertanggungan	Asuransi Tambahan	Nomor Polis
a				
b				
c				



- 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 /tertanggung, untuk mengungkapkan semua keterangan kesehatan saya /tertanggung 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



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



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

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