

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))

*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 :

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*

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 Indonesia?*

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 ikhtikad 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, sebagai mana 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, permasaluan, 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 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 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

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



**PFI MEGA LIFE
SYARIAH**

**SURAT KETERANGAN DOKTER
(RESUME MEDIS)**

Saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa saya telah memeriksa penyakit / luka yang di derita pasien tersebut dibawah ini / I, hereby, declaring that all information provided hereinafter, is valid after the conducted observation upon the said patient, as below :

Nama pasien/Patient name : ----- Medical Record/Medical Record number
Tanggal Mulai dirawat/Admission date : ----- Pukul/time : Tanggal Pasien keluar/Discharge date : -----
: ----- Pukul/time

ANAMNESA

Keluhan Utama dan/atau tambahan / *main symptom and additional symptom* :

Sejak Kapan keluhan tersebut dirasakan/ *Since when did you feel the symptom?* : /

Apakah ada penyakit lain yang berhubungan dengan keluhan/gejala diatas/ *Whether any other diseases related symptom?*

Apakah Keluhan/gejala tsb disebabkan oleh Kecelakaan?

Whether symptoms or complaints due to an accident? YA/Yes TIDAK/No

Jika YA, mohon sebutkan kapan ?

if Yes, when did it happen?

Apakah Indikasi Rawat Inap/ *Whether the indications for hospitalization* ?

Pemeriksaan Fisik/ *Physical examination* :

Apakah Diagnosa Utama/ *Primary Diagnosis* ?

Apakah Diagnosa Tambahan/ *Additional Diagnosis* :

Apakah diagnosa penyakit berhubungan dengan/ *Whether the diagnosis of the disease related to* :

Kelainan bawaan/turunan/ *congenital abnormalities* Ya/Yes Tidak/No - Kosmetik/Cosmetics Ya/Yes Tidak/No
 Fertilitas / Infertilitas / *Infertility* Ya/Yes Tidak/No - Kejiwaan/Psychological Ya/Yes Tidak/No
 Kehamilan / *Pregnancy* Ya/Yes Tidak/No

Terapi/ *Therapy* :

Tindakkan/ *Surgery* :

Anjuran/ *Suggestion* :

Bila Perawatan berhubungan dengan kecelakaan, mohon jelaskan/ *If the hospitalization is related to accidental, please explanation* !

Tanggal Kecelakaan/ *Accident date* :

Penyebab Kecelakaan/ *Cause of accident* :

Prognosis/ *Prognosis* :

Pasien pulang dalam keadaan/ *Patient's condition after hospitalization* :

Tempat & Tanggal
/Date & Place

Nama jelas & Tanda-tangan & Stempel Dokter
/Doctor's name & Signature

Nama & Stempel Rumah Sakit
/Hospital name & Stamp