



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 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

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 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 /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

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 Peserta Mengalami Ketidakmampuan Total :
Jika "Ya", apakah Peserta 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"/>
Pendengaran ke 1 telinga	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
Kemampuan Bicara	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>

Jika "Tidak ", mengalami Ketidakmampuan Total, apakah Peserta dapat melakukan kehidupan sehari-hari tanpa bantuan sepenuhnya dari alat mekanik atau orang lain :

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 :

15 Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya ?

a. Tanggal

- b. Diagnosa
c. Nama Dokter
d. Nama Rumah Sakit

Ya Tidak

s/d

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