

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM

Petunjuk Pengisian Formulir

- Penulisan menggunakan TINTA HITAM dan huruf KAPITAL.
- Semua Dokumen Pengajuan dan Pertanyaan pada Formulir Klaim & Surat Keterangan Dokter harus diisi dengan benar, lengkap, dan jelas tanpa pembebanan kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life.
- WAJIB melampirkan dokumen & hasil-hasil pemeriksaan penunjang.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :

Nomor KTP :

Alamat :

Kode Pos :

Nomor Telepon : - Handphone : -

E-mail :

Hubungan dengan Tertanggung : Diri Sendiri Pasangan Orang Tua Anak Saudara Kandung Lainnya

Ingin mengajukan klaim atas polis:

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

Nama Tertanggung :

Alamat :

Nomor Telepon : - Handphone : -

E-mail :

Jenis Klaim : Klaim Kematian Penyakit Kritis Cacat Tetap/Sebagian Bebas Premi Kesehatan

Tanggal Kejadian/Perawatan : / / Selesai Perawatan (untuk klaim kesehatan) : / /

Penyebab Dirawat/Cacat/Meninggal : Penyakit Kecelakaan

Berikan gambaran secara singkat mengenai gejala/kejadiannya :

Apakah tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain? Tidak Ya, mohon isi kolom di bawah ini

Nama Perusahaan

Nomor Polis (pisahkan dengan tanda koma apabila memiliki lebih dari 1 polis)

Pembayaran dapat dilakukan dengan transfer pada

Bank :

Cabang :

Kota :

Nama Pemilik Rekening :

Nomor Rekening :

Demikian pengajuan klaim ini saya buat dengan sebenar-benarnya

Ditandatangani di : Tanggal (tgl/bln/tahun): / /

(Nama Lengkap dan Tanda Tangan)