

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM PENYAKIT KRITIS

UNTUK MEMPERCEPAT PROSES KLAIM, SEMUA PERTANYAAN DI BAWAH INI HARUS DIJAWAB DENGAN BENAR, LENGKAP DAN JELAS

berikan tanda “✓” pada keterangan yang membutuhkan pilihan

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

NAMA LENGKAP : _____

ALAMAT : _____

NO. TELEPON (RUMAH, KANTOR, HP) : _____

Dengan ini mengajukan klaim atas Penyakit Kritis dan Khusus dengan data sebagai berikut :

NO. POLIS : -

NAMA TERTANGGUNG : _____

ALAMAT : _____

JENIS PENYAKIT YANG DI-KLAIM : _____

TGL/BLN/THN MULAI MENDERITA SAKIT : - -

DOKTER/SPECIALIS YANG MENANGANI : _____

RUMAH SAKIT /TEMPAT DIRAWAT INAP : _____

Berikut rincian konsultasi berhubungan dengan penyakit berbahaya yang pernah diderita :

Tanggal :	Nama dokter/Rumah Sakit :	Diagnosa penyakit yang diderita :
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Demikian Pengajuan Klaim ini saya buat dengan sebenar-benarnya, selanjutnya disampaikan kepada PT AJ. Sequis Financial, untuk memenuhi ketentuan dan persyaratan yang diperlukan dalam penyelesaian klaim.

PERNYATAAN PERSETUJUAN (CONSENT)

Sehubungan dengan pengajuan klaim ini maka saya memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi atau perusahaan lainnya, badan, lembaga, atau orang lain yang mengetahui atau mempunyai catatan/riwayat kesehatan Tertanggung/Pemegang Polis, untuk memberitahukan kepada .PT AJ. Sequis Financial atau mereka yang diberi kuasa olehnya segala keterangan mengenai diri/kesehatan Tertanggung/pemegang polis (Salinan fotocopy dari kuasa ini sama sah dan berlaku seperti aslinya, bersifat dan mempunyai kekuatan hukum yang tetap)

Pembayaran agar dilakukan dengan :

Bilyet Giro Rp

Transfer ke:

Bank :

Cab. : Kota :

A/C : Rp / US\$

A/N :

Tempat & tanggal :

Yang mengajukan,

Materai Rp. 6.000,-

(.....)

nama jelas