

FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA

Agar mempercepat proses klaim, harap semua pertanyaan di bawah dijawab dengan benar, lengkap dan jelas dan ditulis dengan menggunakan huruf kapital.

1. Yang bertanda tangan dibawah ini (Diisi oleh Penerima Manfaat/ yang mengajukan Klaim):

Nama Lengkap : _____

Tempat dan Tanggal Lahir : _____

Jenis Kelamin : ☐ Laki-Laki ☐ Perempuan

Alamat : _____

Kode Pos :

Telepon/HP/Faksimili/Email : _____

Hubungan dengan Peserta : _____

2. Menerangkan dengan sebenarnya, bahwa Peserta (Almarhum/Almarhumah) dengan data sebagai berikut:

Nama Lengkap Almarhum/Almarhumah : _____

Nama Panggilan/Alias : _____

Jenis Kelamin : ☐ Laki-Laki ☐ Perempuan

No Polis/Sertifikat : _____

Tempat dan Tanggal Lahir : _____

Alamat : _____

Kode Pos :

Pekerjaan Terakhir : _____

Tempat dan Tanggal Meninggal : _____

Sebab Meninggal : _____

3. Riwayat Kesehatan Peserta (Almarhum/Almarhumah)

3.1 Apakah semasa hidupnya Peserta/Almarhum/Almarhumah pernah menderita sakit sebagai berikut :

No.	Riwayat Penyakit	Penyakit diderita sejak (tanggal/bulan/tahun)
1	Jantung	
2	TBC	
3	Diabetes Melitus	
4	Stroke	
5	Hipertensi	
6	Penyakit Paru-paru	
7	Penyakit Hati	
8	Kanker/tumor	
9	Ginjal	
10	Hepatitis	
11	Hiperlipidemi	
12	Penyakit Sistemik lain	

3.2 Apakah Peserta (Almarhum/Almarhumah) pernah berobat ke dokter?

Jika "ya", mohon sebutkan nama dokter, nama RS/klinik, alamat, dan no telp RS/klinik

a. _____

b. _____

c. _____

3.3 Apakah Peserta memiliki polis lain :

3.3.1 Nama Perusahaan Asuransi : _____

3.3.2 No. Polis : _____

3.3.3 Tanggal Efektif Polis : _____

Apabila klaim disetujui maka pembayaran ke Penerima Manfaat

1. Nama Lengkap : _____
2. Nama Bank dan Cabang : _____
3. No Rekening : _____
4. Alamat Bank : _____

Pengajuan klaim ini harus dilengkapi dengan surat keterangan dokter dan surat kuasa pemberian rekam medis.

(Diisi oleh pihak Bank/Pemegang Polis khusus untuk produk kumpulan/group)

- Jenis Fasilitas : _____
- Pokok Pembiayaan : _____
- Tanggal Mulai Asuransi : _____
- Outstanding Pokok : _____

Pejabat Bank/Pemegang Polis

Tanda tangan dan stempel Perusahaan

Pernyataan Pengaju Klaim, Pemegang Polis dan Peserta

Dengan ini Saya/Kami, atas nama diri sendiri, Perusahaan atau badan hukum yang mungkin mempunyai kepentingan atau tuntutan terhadap asuransi ini menyatakan bahwa

1. Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami memiliki kewajiban untuk bertindak dengan itikad 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/Kami memahami bahwa Saya/Kami wajib, dan telah mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan Perusahaan dalam menerima atau menolak suatu permohonan konsumen dan/atau menetapkan jumlah kontribusi.

2. Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya/Kami berikan ("informasi konsumen") dalam formulir SPAJS, formulir pemulihan Polis, formulir perubahan Polis, formulir klaim manfaat asuransi syariah serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Perusahaan ("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/Kami 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/Kami sembunyikan dengan menandatangani formulir klaim ini, Saya/Kami SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika Perusahaan 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 pengembangan kontribusi (atau biaya asuransi syariah dari asuransi syariah/asuransi syariah tambahan, sebagaimana 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, 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/Kami juga menyetujui bahwa Perusahaan hanya akan membayarkan nilai tunai (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. Perusahaan juga berhak untuk melakukan penjumlahan (set-off) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan nilai tunai yang ada dalam Polis Saya/Kami dan/atau manfaat asuransi syariah yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya/Kami wajib membayarkan (jika ada) kekurangan kontribusi dan/atau biaya asuransi syariah.
- f. Menagih kembali kepada Saya/Kami atas semua manfaat asuransi yang telah dibayarkan dan Saya/Kami wajib membayarkan kembali semua manfaat asuransi yang telah dibayarkan (jika ada).

4. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya/Kami dengan ini menegaskan bahwa:

- a. Penandatanganan formulir klaim ini oleh Saya/Kami merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Perusahaan jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 3; dan
- b. Saya/Kami 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.

Pernyataan Pemberian Kuasa

Dengan ini saya selaku Penerima Manfaat menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan memberikan keterangan diatas dengan sebenar-benarnya dan selengkap-lengkapnyanya. Dengan ini pula saya selaku Penerima Manfaat memberi kuasa penuh kepada setiap Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Organisasi, Instansi pemerintah, Perorangan yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan dan kesehatan Peserta (Almarhum/Almarhumah) untuk memberitahukan kepada PT Capital Life Syariah atau pihak lain yang diberi kuasa olehnya untuk memperoleh segala keterangan mengenai diri dan kesehatan Peserta/Almarhum/Almarhumah.

Di tanda tangani di : _____ Tanggal : - -

Pihak Penerima Manfaat

Meterai Rp 10.000,-

Tanda Tangan dan Nama Jelas _____

SURAT KETERANGAN DOKTER

(Diisi oleh Dokter yang Merawat)

Data Pasien /Peserta (Almarhum/Almarhumah)

Nama Pasien : _____
Tanggal Lahir : _____
Alamat : _____
No Rekam Medis : _____
Jenis Kelamin : ☐ Laki-Laki ☐ Perempuan
Dirawat sejak tanggal : - - (tgl/bln/thn)

Penyebab Meninggal Dunia

- Keadaan yang menyebabkan meninggal : Penyakit Kecelakaan
- Tempat dan tanggal meninggal : _____
- Apakah Anda Dokter yang biasa merawat Almarhum/Almarhumah ? Ya Tidak
Jika "Ya" sudah berapa lama ? _____
- Apakah Anda merawat Almarhum/Almarhumah selama penyakitnya yang terakhir ini ? Jika "Ya", apakah keluhannya

- Menurut pengakuan Almarhum/Almarhumah, sejak kapan mulai menderita penyakit tersebut?
- Pada tanggal berapakah Almarhum/Almarhumah mengkonsultasikan penyakitnya untuk pertama kali (tgl/bln/thn) ?

 - Keluhan apa yang dirasakan saat itu ? _____
 - Sebutkan pemeriksaan penunjang yang sudah dilakukan ? _____
 - Apakah diagnosa pada pase ini ? _____
 - Riwayat penyakit sekarang(RPS) dan sejak kapan gejala tersebut timbul (tgl/bln/thn) _____
 - Riwayat penyakit dahulu (RPD) dan sejak kapan gejala tersebut timbul (tgl/bln/thn) _____
- Apakah Anda hadir/ada pada saat Almarhum/Almarhumah meninggal dunia ? jika " Tidak " pada tanggal berapa anda terakhir merawatnya ? _____
Jika Anda hadir/ada pada saat Almarhum/Almarhumah meninggal dunia ,mohon penjelasannya :
 - Tempat meninggal dunia _____
 - Kapan meninggal dunia (tgl/bln/thn) _____
 - Sebab meninggal dunia _____
 - Penyakit yang mendasari dan sejak kapan diderita (tgl/bln/thn) _____
- Penyakit utama lain yang diderita Almarhum/Almarhumah dan berapa lama ? _____
- Apakah ada pengaruh lain dari sebab – sebab kematian Almarhum/Almarhumah karena kebiasaan-kebiasaannya menggunakan alcohol, obat bius, dsb ? _____
- Berikan Keterangan tambahan lainnya yang anda rasa ada hubungannya

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter : _____

Alamat Dokter / RS : _____

Spesialis : _____

No Telp / HP : _____

Tempat dan tanggal : _____ - - (tgl/bln/thn)

Tanda Tangan Dokter dan Cap Rumah Sakit