

4. 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:
- Menolak setiap klaim manfaat asuransi syariah yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau Sebagian manfaat asuransi syariah.
 - 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).
 - 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).
 - 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
 - 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.
 - 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).
5. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya/Kami dengan ini menegaskan bahwa:
- 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
 - 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.
6. Menyetujui bahwa pembayaran klaim akan dilakukan setelah seluruh persyaratan dokumen diterima dengan lengkap dan pengajuan klaim disetujui sesuai dengan ketentuan Polis.

F. PEMBERIAN KUASA PENGAJU KLAIM, PEMEGANG POLIS DAN PESERTA

Saya/ Kami dengan ini memberikan kuasa kepada dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan, perorangan atau badan hukum lainnya yang memiliki catatan atau data, atau mengetahui tentang keadaan kesehatan Saya/ Kami, untuk memberikan/ memberitahukan kepada PT Capital Life Syariah atau pihak yang mewakilinya atas semua keterangan mengenai diri dan keadaan kesehatan Saya/ Kami, riwayat pengobatan atau perawatan rumah sakit, nasihat - nasihat dokter atau riwayat penyakit. Pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali dan mengikat para ahli waris/ penerima manfaat, dan tetap berlaku setelah Saya/ Kami meninggal dunia atau dalam keadaan cacat. Fotokopi lembar formulir ini (pernyataan dan surat kuasa) memiliki kekuatan yang sama seperti aslinya.

Ditandatangani di

Tanggal (tgl/bln/thn) / /

Tanda Tangan

Pengaju Klaim/ Pemegang Polis

Tanda Tangan

Peserta (apabila Pengaju Klaim berbeda dengan Peserta)

Mohon lampirkan:

- Fotokopi bukti identitas diri (e-KTP).
- Kronologis terjadinya kecelakaan/ sakit dan cacat yang dialami.
- Fotokopi catatan/ resume medis,
- Fotokopi hasil pemeriksaan medis penunjang laboratorium, rontgen dsb.
- Fotokopi legalisir surat keterangan kepolisian (jika akibat kecelakaan)
- Dokumen lain yang diperlukan untuk klarifikasi/ informasi lebih lanjut.

Catatan dari Pengaju Klaim :

.....

G. KETERANGAN DOKTER (mohon diisi oleh Dokter yang merawat)

1. Nama Pasien :

2. Jenis Kelamin : ☐ Laki-Laki ☐ Perempuan

3. Tanggal Lahir (tgl/bln/thn) : / /

4. Nomor Rekam Medis :

5. Tanggal perawatan (tgl/bln/thn) : / / sampai dengan / /

6. Apakah Anda adalah Dokter yang merawat kondisi cacat/ kehilangan fungsi atas Pasien ini? ☐ Ya ☐ Tidak

7. Sejak kapan Pasien menderita kecacatan? (tgl/bln/thn) : / /

8. Sebab atau alasan kecacatan? ☐ Kecelakaan ☐ Penyakit ☐ Lainnya, mohon jelaskan : _____

9. Apakah sebelumnya Pasien telah memiliki kondisi cacat/ kehilangan fungsi ini? ☐ Ya *) ☐ Tidak
*) jika jawabannya Ya, mohon berikan penjelasannya pada kolom Catatan Dokter dibawah.

10. Apakah pada saat ini Pasien telah menderita cacat/ kehilangan fungsi secara tetap (permanen)? ☐ Ya ☐ Tidak

11. Diagnosa yang ditegakkan?

12. Cacat/ kehilangan fungsi yang tidak dapat disembuhkan tersebut (permanen) adalah pada: (mohon berikan tanda ✓ yang sesuai dengan kondisi Pasien)

☐ Kedua tangan	☐ Lengan kanan mulai dari bahu	☐ Jari telunjuk tangan kanan, sebutkan : ____ ruas
☐ Kedua kaki	☐ Lengan kiri mulai dari bahu	☐ Jari telunjuk tangan kiri, sebutkan : ____ ruas
☐ Kedua mata	☐ Tangan kanan mulai dari siku	☐ Jari tengah atau jari manis tangan kanan, sebutkan : ____ ruas
☐ Kedua telinga	☐ Tangan kiri mulai dari siku	☐ Jari tengah atau jari manis tangan kiri, sebutkan : ____ ruas
☐ Satu tangan	☐ Tangan kanan mulai dari pergelangan	☐ Jari kelingking tangan kanan, sebutkan : ____ ruas
☐ Satu kaki	☐ Tangan kiri mulai dari pergelangan	☐ Jari kelingking tangan kiri, sebutkan : ____ ruas
☐ Satu mata	☐ Jempol tangan kanan, sebutkan : ____ ruas	☐ Satu jari kaki, sebutkan : ____ ruas
☐ Satu telinga	☐ Jempol tangan kiri, sebutkan : ____ ruas	☐ Lainnya, jelaskan : _____

13. Apakah ini Pasien rujukan? ☐ Ya, mohon sebutkan nama dan alamat Dokter/ Rumah Sakit sebelumnya : _____
☐ Tidak

Dengan ini, Saya sebagai Dokter dari Pasien menyatakan telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar.

14. Nama Dokter :

15. Alamat Dokter/ RS :

16. Nomor HP/ Telepon :

Ditandatangani di

Tanggal (tgl/bln/thn) / /

Nama Jelas dan Tandatangan Dokter

Nama dan Cap Stempel Rumah Sakit

Catatan Dokter :
(jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang menurut Dokter dapat membantu proses klaim Pasien ini)

.....
.....
.....