

Data Pribadi

Yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama Lengkap : _____
2. Hubungan Dengan Peserta : ☐ Diri Sendiri ☐ Istri/Suami*) ☐ Anak
☐ Orang Tua ☐ Pemegang Polis
3. Alamat Rumah : _____
Kode Pos : _____ Telepon : _____
4. Data Pemegang Polis (Harap diisi lengkap)
 - a. Nomor Polis : _____
 - b. Nama : _____
 - c. Tanggal Lahir : _____

Pengajuan Klaim

Dengan Ini Mengajukan Klaim :

- ☐ Perawatan ☐ Penyakit Kritis
☐ Cash Plan ☐ Cacat Tetap

Dokumen Pelengkap

Dokumen pelengkap yang saya lampirkan :

Klaim Cash Plan

- ☐ Polis Asli/Copy Polis.
☐ Formulir pengajuan klaim (disediakan oleh Perusahaan) yang diisi secara benar dan lengkap.
☐ Fotocopy identitas diri Peserta/Pemegang Polis (KTP, SIM, Paspor) yang telah dilegalisir dan yang masih berlaku.
☐ Formulir Klaim Rawat Inap dan Operasi (disediakan oleh Perusahaan) yang telah diisi oleh dokter yang merawat.
☐ Kwitansi biaya perawatan asli/copy beserta lampiran lampirannya.

Cacat Tetap

- ☐ Polis Asli/Copy Polis.
☐ Formulir pengajuan klaim (disediakan oleh Perusahaan) yang diisi secara benar dan lengkap.
☐ Fotocopy identitas diri Peserta/Pemegang Polis (KTP, SIM, Paspor) yang telah dilegalisir dan yang masih berlaku.
☐ Formulir Keterangan Dokter Khusus Klaim Cacat Tetap dan Total (disediakan oleh Perusahaan) yang telah diisi oleh dokter.
☐ Formulir untuk Klaim Cacat Tetap dan Total (disediakan oleh Perusahaan) yang diisi oleh Peserta.

Penyakit Kritis

- ☐ Polis Asli/Copy Polis.
☐ Formulir pengajuan klaim (disediakan oleh Perusahaan) yang diisi secara benar dan lengkap.
☐ Fotocopy identitas diri Peserta/Pemegang Polis (KTP, SIM, Paspor) yang telah dilegalisir dan yang masih berlaku.
☐ Formulir Keterangan Dokter untuk Penyakit Kritis (disediakan oleh Perusahaan) yang telah diisi oleh dokter yang merawat.
☐ Hasil Pemeriksaan Penunjang Diagnostik untuk Penyakit Kritis.

Perawatan

- ☐ Polis Asli/Copy Polis.
☐ Formulir pengajuan klaim (disediakan oleh Perusahaan) yang diisi secara benar dan lengkap.
☐ Fotocopy identitas diri Peserta/Pemegang Polis (KTP, SIM, Paspor) yang telah dilegalisir dan yang masih berlaku.
☐ Formulir Klaim Rawat Inap dan Operasi (disediakan oleh Perusahaan) yang telah diisi oleh dokter yang merawat.
☐ Kwitansi biaya perawatan asli beserta lampiran lampirannya.

Cara Pembayaran

Bila Pengajuan klaim disetujui maka pembayaran dapat dilakukan melalui :

- ☐ Transfer Via Bank
 Nama Bank : _____ Cabang : _____
 Alamat Bank : _____
 No. Rekening : _____ Atas Nama : _____
☐ Di Kantor Takaful Keluarga : _____
☐ Lain-lain : _____

Penyataan Calon Peserta

1. Saya memahami bahwa saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (*utmost good faith*) dalam pengajuan permohonan klaim. Oleh karena itu, Saya memahami bahwa Saya wajib:
 - a. Mengungkapkan semua fakta material, yaitu informasi, jawaban, keterangan, keadaan dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan PT Asuransi Takaful Keluarga dalam menerima atau menolak suatu permohonan klaim serta dalam menetapkan jumlah Kontribusi jika permohonan tersebut disetujui; dan
 - b. Memberikan pernyataan yang benar mengenai hal-hal yang berkaitan dengan permohonan klaim, baik pada saat pengajuan permohonan klaim maupun selama berlakunya Polis.
2. Saya selaku Pemegang Polis atau Peserta menyatakan dan menjamin bahwa semua informasi, jawaban, dan/atau keterangan yang Saya berikan dalam SPAJ, formulir pemulihan Polis (jika ada), formulir penambahan manfaat asuransi dan/atau penambahan Kontribusi (jika ada), serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh PT Asuransi Takaful Keluarga sebagai bagian dari pengajuan permohonan asuransi, permohonan pemulihan Polis (jika ada), dan/atau permohonan klaim, adalah lengkap, benar, akurat, terkini dan sesuai dengan kenyataan, dan tidak ada informasi, jawaban, dan/atau keterangan yang Saya sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja.
3. Apabila informasi, jawaban dan/atau keterangan tersebut dalam butir (2) ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini dan/atau tidak sesuai dengan kenyataan, atau terdapat informasi, jawaban dan/atau keterangan yang Saya sembunyikan, Saya **SEPAKAT DAN MENYETUJUI** bahwa PT Asuransi Takaful Keluarga berhak melakukan hal-hal berikut ini:
 - a. Menolak setiap klaim yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - b. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi tambahan);
 - c. Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi tambahan) tanpa kewajiban untuk mengembalikan Kontribusi dan/atau biaya-biaya asuransi;
 - d. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan ke dalam Polis (baik Polis Dasar dan/atau setiap asuransi tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan dari Polis, menyesuaikan manfaat asuransi, dan/atau menyesuaikan jumlah Kontribusi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar;
 - e. Menagih kekurangan Kontribusi dan/atau biaya-biaya Asuransi jika, sebagai hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. PT Asuransi Takaful Keluarga juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai yang ada dalam Polis Saya dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan; dan/atau
 - f. Menagih kembali kepada Saya atas semua Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan, sesuai dengan ketentuan dan kebijakan PT Asuransi Takaful Keluarga.
4. Sehubungan dengan hak PT Asuransi Takaful Keluarga untuk membatalkan atau mengakhiri 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 Asuransi Takaful Keluarga jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 3 Formulir Klaim ini; 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.

Ditanda tangani di : _____

Tanggal Pengajuan : _____ / _____ / _____ (Tanggal/Bulan/Tahun)

Pemegang Polis/Ahli Waris/Penerima Manfaat

(Nama Jelas)