FORMULIR KLAIM
Meninggal Dunia

PaninDai-ichiLife Syariah

Petunjuk

- Yang berhak mengajukan klaim adalah Pemegang Polis/ Penerima Manfaat. Jika Pemegang Polis sama dengan Pihak Yang Diasuransikan dan meninggal dunia, maka yang berhak mengajukan klaim adalah Penerima Manfaat.
- Mohon tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi dengan lengkap dan benar sebelum menandatanganinya.
- PT Panin Daiichi Life Sharia Insurance berhak menunda proses klaim, jika persyaratan kelengkapan dokumen pengajuan klaim tersebut di bawah ini tidak lengkap.

Persyaratan Pengajuan Klaim :

- ☐ Formulir klaim yang telah diisi dengan benar dan lengkap
- ☐ Surat Keterangan dokter untuk klaim meninggal yang telah diisi lengkap, jelas, dan ditandatangani oleh dokter
- ☐ Surat Kuasa
- ☐ Fotokopi kartu identitas Pemegang Polis, Pihak Yang Diasuransikan, Penerima Manfaat
- ☐ Fotokopi Kartu Keluarga/Akta Nikah
- ☐ Fotokopi legalisir Surat Keterangan Kematian dari kantor Kelurahan atau Akta Kematian dari kantor Catatan Sipil
- ☐ Fotokopi legalisir Surat Keterangan Kepolisian dan Visum et Repertum (jika meninggal karenaKecelakaan/sebab tidak wajar)
- ☐ Fotokopi legalisir Surat Keterangan Kematian dari Kedutaan Besar Republik Indonesia (jika meninggal di luar negeri)
- ☐ Salinan/fotokopi hasil pemeriksaan penunjang diagnostik/laboratorium (jika ada)
- ☐ Dokumen lainnya yang dianggap perlu sesuai ketentuan Pengelola/Perusahaan.

I. Data Penerima Manfaat mengajukan klaim (wajib diisi)

Nama Lengkap : _____
Tanggal Lahir : ____/____/_____(tgl/bln/thn)
No Handphone : _____
Alamat Email : _____
Hubungan dengan Pihak Yang Diasuransikan : _____
Alamat : _____

II. Data diri Pemegang Polis & Pihak Yang Diasuransikan (Wajib diisi)

No. Polis : _____
Nama Pemegang Polis : _____
Nama Pihak Yang Diasuransikan : _____
Tanggal Lahir Pihak Yang Diasuransikan : ____/____/_____(tgl/bln/thn)

III. Informasi Klaim

Tanggal Meninggal : ____/____/_____(tgl/bln/thn)
Tempat Meninggal : _____
Penyebab Meninggal : ☐ Sakit ☐ Kecelakaan ☐ Lainnya

(Apabila disebabkan kecelakaan, mohon diisi)
Tempat, tanggal & jam terjadinya kecelakaan : ____/____/_____ (tgl/bln/thn), jam: _____

Kronologis terjadi kecelakaan

IV. Informasi Pembayaran Klaim

Apabilan klaim disetujui, pembayaran akan ditransfer ke Penerima Manfaat:

	Nama	No. Rekening	Nama Bank	Cabang
Penerima Manfaat 1				
Penerima Manfaat 2				
Penerima Manfaat 3				
Penerima Manfaat 4				
Penerima Manfaat 5				

Wajib diisi dan harap melampirkan bukti kepemilikan rekening.

FORMULIR KLAIM
Meninggal Dunia

PaninDai-ichiLife Syariah

V. Pernyataan dari Pemegang Polis

1. Saya* memahami bahwa saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad 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 ("Permohonan Konsumen"). Oleh karena itu, Saya memahami bahwa Saya wajib, dan telah mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan PT Panin Daiichi Life Sharia Insurance dalam menerima atau menolak suatu Permohonan Konsumen dan/atau menetapkan jumlah Kontribusi.
2. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan ("Informasi Konsumen") dalam SPAJS, formulir Pemulihan Polis, formulir perubahan Polis, formulir klaim Manfaat Asuransi serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh PT Panin Daiichi Life Sharia Insurance ("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 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 sembunyikan, dengan menandatangani [Formulir Klaim] ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika PT Panin Daiichi Life Sharia Insurance melakukan hal-hal berikut ini:
   a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
   b. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi Syariah/Polis Dasar/Asuransi Syariah Tambahan/Polis Tambahan), dengan pengembalian 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 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 juga menyetujui bahwa Perusahaan Asuransi Syariah hanya akan membayarkan Nilai Tunai (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi), 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, 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. PT Panin Daiichi Life Sharia Insurance 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. Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi Syariah.
4. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran 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 Panin Daiichi Life Sharia Insurance jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 3; 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.

*Saya = Pemegang Polis atau Pihak Yang Diasuransikan

VI. Pernyataan dari Penerima Manfaat

1. Saya* menyatakan dan memahami bahwa sebagai bagian dari proses pengajuan [permohonan asuransi syariah/Pemulihan Polis/perubahan Polis] dan keberlangsungan Polis, Pemegang Polis, Peserta, Pembayar Kontribusi dan/atau pihak terkait lainnya telah memberikan data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta kepada PT Panin Daiichi Life Sharia Insurance, sebagaimana tercantum dalam SPAJS, formulir Pemulihan Polis, formulir perubahan Polis serta setiap formulir dan dokumen lainnya (termasuk setiap dokumen atau formulir yang diberikan kepada PT Panin Daiichi Life Sharia Insurance setelah berlakunya Polis) ("Dokumen Permohonan"), yang mana yang sesuai dengan keadaannya (seluruhnya disebut sebagai "Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya").
2. Saya dengan ini menyatakan bahwa Saya tidak berhak dan tidak akan membantah, menyanggah, mempertanyakan dan/atau mempermasalahkan kebenaran Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya. Saya juga menyatakan bahwa Saya menerima seluruh ketentuan Polis (termasuk Endosemen, jika ada).
3. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan dalam formulir klaim ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh PT Panin Daiichi Life Sharia Insurance sebagai bagian dari pengajuan permohonan klaim Manfaat Asuransi ("Informasi Konsumen"), adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan.
4. Apabila sebagian atau seluruh: (i) Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya; dan/atau (ii) Informasi Konsumen 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 sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Klaim ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika PT Panin Daiichi Life Sharia Insurance melakukan hal-hal berikut ini:
   a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
   b. Melakukan penilaian ulang risiko (re-underwriting), dan menyesuaikan Manfaat Asuransi, dan/atau menyesuaikan jumlah Kontribusi atau Biaya Asuransi Syariah yang harus dibayar; dan/atau
   c. Menagih kekurangan Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi Syariah dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (re-underwriting), jumlah Kontibusi dan/atau Biaya Asuransi Syariah yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. PT Panin Daiichi Life Sharia Insurance juga berhak untuk melakukan perjumpaan (set-off) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan [Nilai Investasi] yang ada dalam Polis dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan.

*Saya = Penerima Manfaat atau pihak lainnya yang tidak menandatangani SPAJS

Ditandatangani di :	Pemegang Polis	Penerima Manfaat
Tempat : _____		
Tanggal : ____/____/____	_____	_____
	Tanda Tangan & Nama Jelas	Tanda Tangan & Nama Jelas