

FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA

(Dilengkapi oleh Penerima Manfaat)

1. Semua pertanyaan harap dijawab dengan lengkap dan benar, dan beri tanda ✓ pada pilihan yang sesuai.
2. Tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua terisi lengkap dan benar sebelum menandatangani.
3. Penulisan tanggal selalu menggunakan format tanggal-bulan-tahun.
4. Apabila terjadi kesalahan penulisan, mohon tidak menghapus melainkan mencoret dan memberikan tanda tangan disebelahnya.

1	Nomor Polis:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	Nama Pemegang Polis:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	Nama Tertanggung:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	Jenis Kelamin Tertanggung:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	Tempat Lahir Tertanggung:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	Tanggal Lahir Tertanggung / Usia:	<input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 100px;" type="text"/> tahun

2	Tempat Meninggal Dunia: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Tanggal: <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 100px;" type="text"/>
----------	--	---

3 Penyebab Meninggal Dunia: *(mohon mengisi kolom 3.i jika Meninggal Dunia sakit, atau kolom 3.ii jika Meninggal Dunia Kecelakaan)*

i. **Meninggal Dunia Sakit**

Diagnosis

Lama menderita sakit: Tanggal pertama kali sakit: - -

Apakah ada penyakit lain yang pernah diderita? Ya (sebutkan di bawah) Tidak

Jenis Penyakit	Diderita Sejak	Nama Dokter	Alamat Dokter

ii. **Meninggal Dunia Kecelakaan**

Tanggal kejadian: - -

Jelaskan kronologis terjadinya Kecelakaan:

Apakah kecelakaan tersebut telah dilaporkan kepada pihak yang berwajib?

Ya

Belum

Jika belum, mohon dijelaskan alasannya:

4 Apakah Tertanggung juga dipertanggungkan untuk manfaat yang sama di Perusahaan Asuransi Jiwa lainnya? Ya (sebutkan di bawah) Tidak

Nama Perusahaan Asuransi	Nomor Polis	Tahun (Periode) Pertanggunggan

Pernyataan dan Kuasa

- Saya/Kami menyatakan dan memahami bahwa sebagai bagian dari proses pengajuan permohonan asuransi/Pemulihan Polis/perubahan Polis dan keberlangsungan Polis, Pemegang Polis, Tertanggung, Pembayar Premi dan/atau pihak terkait lainnya telah memberikan data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta kepada BCA Life, sebagaimana tercantum dalam SPAJ, formulir Pemulihan Polis, formulir perubahan Polis serta setiap formulir dan dokumen lainnya (termasuk setiap dokumen atau formulir yang diberikan kepada BCA Life setelah berlakunya Polis) ("**Dokumen Permohonan**"), yang mana yang sesuai dengan keadaannya (seluruhnya disebut sebagai "**Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya**").
- Saya/Kami dengan ini menyatakan bahwa Saya/Kami tidak berhak dan tidak akan membantah, menyanggah, mempertanyakan dan/atau mempermasalahkan kebenaran Informasi yang Sudah Ada Sebelumnya. Saya/Kami juga menyatakan bahwa Saya/Kami menerima seluruh ketentuan Polis (termasuk Endosemen, jika ada).
- Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya/Kami berikan dalam formulir klaim ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang diisyaratkan oleh BCA Life 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/Kami sembunyikan.
- 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/Kami sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Klaim ini, Saya/Kami SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika BCA Life melakukan hal-hal berikut ini:
 - Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menyesuaikan Uang Pertanggunggan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. BCA Life juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai yang ada dalam Polis (jika ada) dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan.

Surat Kuasa

Dengan ini Saya/Kami menyetujui dan memberikan kuasa kepada setiap Dokter atau orang yang telah merawat dan/atau yang memeriksa atau kepada setiap Rumah Sakit atau kepada Institusi dimana almarhum/almarhumah telah menerima pengobatan untuk menyerahkan setiap informasi kesehatan termasuk tetapi tidak terbatas pada data-data kesehatan. Salinan dari Surat Kuasa ini berlaku dan mempunyai kekuatan hukum yang sama sebagaimana Surat Kuasa lainnya.

Ditandatangani di:

Tanggal:

 - -

Pihak Yang Mengajukan Klaim

(Nama Lengkap dan Ttd Sesuai KTP)

Alamat Tempat Tinggal Pihak Yang Mengajukan Klaim:

No Telp/HP:

Hubungan dengan Tertanggung:

Pernyataan Penerima Manfaat

Saya memberikan persetujuan untuk menggunakan, memproses, dan memberikan data dan informasi nama, alamat dan nomor telp/ponsel saya kepada BCA Life termasuk afiliasinya serta Pihak yang bekerja sama dengan BCA Life untuk tujuan termasuk namun tidak terbatas pada pengembangan layanan, survey kepuasan nasabah, dan/atau kegiatan yang bersifat komersial.

Pernyataan persetujuan ini akan tetap berlaku sampai ada permintaan pencabutan secara tertulis dari saya.

Setuju Tidak Setuju