

PENGAJUAN KLAIM WAIVER OF PREMIUM

1. Identitas Pemegang Polis & Tertanggung

Polis Nomor :

Nama Pemegang Polis :

Nama Tertanggung :

Alamat Korespondensi :

Nomor Telepon : Handphone : Rumah :

2. Jenis Manfaat Pertanggungan apabila Pemegang Polis :

- Meninggal dunia/Cacat Tetap Total (*Payor Benefit Rider*)
- Didiagnosa penyakit kritis (*Waiver Crisis*)
- Cacat Tetap Total (*Waiver Disability*)

3. Kelengkapan Dokumen Pengajuan Klaim (diisi oleh petugas)

Pembebasan Premi Pemegang Polis Meninggal Dunia (Payor Benefit Rider)	Pembebasan Premi Jika Didiagnosa Penyakit Kritis (Waiver Crisis)	Pembebasan Premi Cacat Tetap Total (Waiver Disability/Payor Benefit Rider)
<input type="checkbox"/> Copy legalisir Identitas Diri & Kartu Keluarga Tertanggung & Termaslahat *) <input type="checkbox"/> Surat Keterangan Dokter (formulir asli dari PT Equity Life Indonesia) <input type="checkbox"/> Surat keterangan meninggal dari Instansi Pemerintah dalam hal ini Kelurahan <input type="checkbox"/> Surat Keterangan Kepolisian (jika meninggal tidak wajar/karena kecelakaan) <input type="checkbox"/> Surat keterangan dari Instansi dan/atau Pihak yang berwenang jika meninggal dalam suatu musibah <input type="checkbox"/> Apabila Tertanggung meninggal di luar Wilayah Republik Indonesia, maka Surat Kematian harus dilegalisir oleh Konsulat Jendral RI setempat <input type="checkbox"/> Lain-lain sebutkan	<input type="checkbox"/> Copy Identitas Diri Pemegang Polis yang masih berlaku *) <input type="checkbox"/> Formulir Perawatan Medis/Resume Medis /Keterangan dari Dokter perihal penyakit kritis <input type="checkbox"/> Hasil Laboratorium/Rontgen dan penunjang diagnosa <input type="checkbox"/> Lain-lain sebutkan	<input type="checkbox"/> Copy Identitas Diri Pemegang Polis yang masih berlaku *) <input type="checkbox"/> Surat Keterangan cacat yang dikeluarkan oleh Dokter (formulir asli dari PT Equity Life Indonesia) <input type="checkbox"/> Surat keterangan Kepolisian (jika karena kecelakaan/tindak pidana) <input type="checkbox"/> Hasil Laboratorium & Rontgen selama perawatan <input type="checkbox"/> Foto lokasi cacat & seluruh tubuh <input type="checkbox"/> Lain-lain sebutkan

Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh keterangan yang saya berikan pada dokumen pengajuan klaim asuransi ini adalah benar.

.....
Hormat saya,

Pemegang Polis / Termaslahat *

* Apabila Pemegang Polis adalah Badan Hukum mohon di sertakan stempel perusahaan
*) Apabila Pemegang Polis adalah Badan Hukum harap lampirkan Akta perubahan terakhir

KHUSUS NASABAH INDIVIDU DIISI OLEH BRANCH SERVICES

Status Polis : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> Area Pelayanan : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> Saldo Investasi : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> Tanggal Mulai : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> Tanggal pemb PL terakhir : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> No REG FL : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	Diterima oleh : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Branch Services Area/Unit</td></tr> <tr><td style="height: 30px;"> </td></tr> <tr><td>Paraf & Tanggal</td></tr> <tr><td>Nama :</td></tr> </table> Catatan Penting Area/Unit :	Branch Services Area/Unit		Paraf & Tanggal	Nama :	Diterima oleh : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">CC Kantor Pusat</td></tr> <tr><td style="height: 30px;"> </td></tr> <tr><td>Paraf & Tanggal</td></tr> <tr><td>Nama :</td></tr> </table> Catatan Penting CC Kantor Pusat :	CC Kantor Pusat		Paraf & Tanggal	Nama :
Branch Services Area/Unit										
Paraf & Tanggal										
Nama :										
CC Kantor Pusat										
Paraf & Tanggal										
Nama :										