

PENGAJUAN KLAIM WAIVER OF PREMIUM

Isi lengkap dan beri tanda ✓ dalam kotak pilihan. Jika pengisian salah, harap dicoret dan ditandatangani (dilarang menggunakan tipe-x).
Data wajib diisi dengan benar dan lengkap. Mohon untuk TIDAK menandatangani pengajuan ini dalam keadaan kosong/belum diisi.

A. DATA POLIS

1. Nomor Polis : _____
2. Nama Pemegang Polis : _____
3. Nama Tertanggung : _____

B. ALAMAT KORESPONDENSI (WAJIB DIISI JIKA ADA PERUBAHAN)

Perubahan alamat korespondensi sesuai identitas yang masih berlaku*

Alamat Rumah : _____

RT/RW : _____ Provinsi : _____
Kelurahan : _____ Negara : _____
Kecamatan : _____ Kode Pos : _____
Kota : _____ Telepon : _____

Alamat Kantor : _____

RT/RW : _____ Provinsi : _____
Kelurahan : _____ Negara : _____
Kecamatan : _____ Kode Pos : _____
Kota : _____ Telepon : _____

Alamat Korespondensi : Rumah Kantor

(wajib diisi)

Handphone : _____
Email : _____

*Jika pada Pengajuan ini terdapat perbedaan alamat dengan yang ada pada kami, maka Pengajuan ini akan digunakan untuk proses Penginjian Data dan dapat dipergunakan sebagai media komunikasi terkait Polis.

C. JENIS MANFAAT PERTANGGUNGAN APABILA PEMEGANG POLIS:

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

D. KELENGKAPAN DOKUMEN

Pengajuan Pembebasan Premi Pemegang Polis Meninggal Dunia (<i>Payor Benefit Rider</i>)	Pengajuan Pembebasan Premi Jika Didiagnosa Penyakit Kritis (<i>Waiver Crisis</i>)	Pengajuan Pembebasan Premi Cacat Tetap Total (<i>Waiver Disability</i>)
<input type="checkbox"/> Fotokopi legalisasi Identitas diri (KTP-el/paspor/KITAS/KITAP), Kartu Keluarga Pemegang Polis, Tertanggung, Termaslahat* <input type="checkbox"/> Fotokopi legalisasi Surat Keterangan meninggal dari instansi yang berwenang <input type="checkbox"/> Asli Formulir Surat Keterangan Dokter yang dikeluarkan oleh pihak Penanggung atau Surat keterangan Dokter yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit selama informasi yang diterangkan sesuai dengan informasi yang tercantum dalam Surat keterangan Dokter yang dikeluarkan oleh pihak Penanggung	<input type="checkbox"/> Fotokopi Identitas diri (KTP-el/paspor/KITAS /KITAP) Pemegang Polis* <input type="checkbox"/> Formulir Perawatan Medis/ <i>Resume</i> Medis dari dokter spesialis sesuai penyakit kritis <input type="checkbox"/> Hasil pemeriksaan diagnostik dan penunjang diagnosis <input type="checkbox"/> Keterangan-keterangan atau dokumen lain yang dianggap perlu untuk Penanggung sehubungan dengan pengajuan klaim tersebut termasuk namun tidak terbatas pada dokumen SPAJ/Pernyataan Kesehatan yang belum disampaikan kepada Penanggung	<input type="checkbox"/> Fotokopi Identitas diri (KTP-el/paspor/KITAS /KITAP) Pemegang Polis dan Tertanggung <input type="checkbox"/> Surat Keterangan Cacat yang dikeluarkan oleh dokter (formulir asli dari Penanggung) <input type="checkbox"/> Asli Surat Keterangan dari Kepolisian dalam hal terjadinya risiko kecelakaan atau Surat Kronologis bermeterai <input type="checkbox"/> Hasil pemeriksaan diagnostik dan penunjang diagnosis <input type="checkbox"/> Foto lokasi cacat dan seluruh tubuh

Pengajuan Pembebasan Premi Pemegang Polis Meninggal Dunia (<i>Payor Benefit Rider</i>)	Pengajuan Pembebasan Premi Jika Didiagnosa Penyakit Kritis (<i>Waiver Crisis</i>)	Pengajuan Pembebasan Premi Cacat Tetap Total (<i>Waiver Disability</i>)
<input type="checkbox"/> Fotokopi Surat Keterangan sebab meninggal yang harus dilegalisasi oleh Kedutaan Besar atau Konsulat Jenderal Republik Indonesia setempat apabila Tertanggung meninggal di luar wilayah Republik Indonesia <input type="checkbox"/> Asli Berita Acara dari Kepolisian dalam hal Tertanggung meninggal tidak wajar atau karena kecelakaan <input type="checkbox"/> Fotokopi legalisasi keterangan atau informasi resmi dari lembaga atau badan yang berwenang untuk menyatakan meninggal dunia apabila hilang dalam suatu musibah <input type="checkbox"/> Asli Surat Kuasa bermeterai kepada Penanggung untuk melihat dan melakukan analisis lebih lanjut terhadap dokumen medis Tertanggung <input type="checkbox"/> Keterangan-keterangan atau dokumen lain yang dianggap perlu untuk Penanggung, sehubungan dengan pengajuan klaim tersebut termasuk namun tidak terbatas pada dokumen SPAJ/Pernyataan Kesehatan yang belum disampaikan kepada Penanggung	<input type="checkbox"/> Asli Surat Kuasa bermeterai kepada Penanggung untuk melihat dan melakukan analisis lebih lanjut terhadap dokumen medis Tertanggung asuransi	<input type="checkbox"/> Keterangan-keterangan atau dokumen lain yang dianggap perlu untuk Penanggung sehubungan dengan pengajuan klaim tersebut termasuk namun tidak terbatas pada dokumen SPAJ/Pernyataan Kesehatan yang belum disampaikan kepada Penanggung <input type="checkbox"/> Asli Surat Kuasa bermeterai kepada Penanggung untuk melihat dan melakukan analisis lebih lanjut terhadap dokumen medis Tertanggung asuransi

E. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS/TERMASLAHAT

Saya sebagai Pemegang Polis/Termaslahat menyatakan bahwa:

1. Saya telah membaca, mengerti, dan mengisi keterangan dan pernyataan pada Pengajuan Klaim *Waiver of Premium* ini dengan lengkap dan benar, serta sebelum Pengajuan Klaim Asuransi Jiwa ini Saya tanda tangani seluruhnya telah Saya periksa kembali kebenarannya. Oleh karenanya, Saya dengan ini memberikan kuasa (dengan hak substitusi) yang tidak dapat ditarik kembali kepada PT Equity Life Indonesia untuk:
 - a. Melakukan verifikasi terhadap segala informasi dan/atau keterangan yang telah Saya berikan kepada pihak manapun dan oleh karenanya PT Equity Life Indonesia berwenang untuk memperoleh segala catatan dan keterangan mengenai diri, keadaan dan/atau kesehatan Pemegang Polis/Tertanggung, dari dokter, klinik, rumah sakit, puskesmas, bank, perusahaan asuransi, badan hukum, instansi pemerintah, perorangan atau lainnya dan bertanggung jawab atas segala isinya. Apabila dalam verifikasi tersebut ditemukan suatu informasi dan/atau keterangan yang tidak benar, maka Saya akan sepenuhnya tunduk pada syarat dan ketentuan Polis; dan
 - b. Menggunakan, mengungkapkan dan/atau menyediakan data/informasi Pemegang Polis/Tertanggung yang diperoleh dan dikumpulkan oleh PT Equity Life Indonesia kepada pihak yang berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada perusahaan reasuransi, bank/lembaga keuangan, baik di dalam maupun di luar negeri, baik yang memiliki kerja sama atau tidak dengan PT Equity Life Indonesia untuk tujuan:
 - i. pembayaran klaim;
 - ii. proses lainnya yang terkait dengan polis;
 - iii. untuk penawaran produk asuransi atau produk keuangan lain;
 - iv. untuk pencegahan pencucian uang, suap dan teroris;
 - v. untuk hal-hal yang terkait dengan sanksi ekonomi;
 - vi. untuk hal-hal yang berkaitan dengan setiap proses pidana/perdata atau proses arbitrase, investigasi, audit, atau pemeriksaan (termasuk penyelidikan internal, audit atau pemeriksaan) yang PT Equity Life Indonesia, Afiliasi, karyawan atau agen dikenakan, atau
 - vii. untuk tujuan lain sebagaimana yang diperkenankan oleh hukum dan peraturan perundang-undangan
2. Seluruh keterangan yang saya cantumkan dalam Pengajuan Klaim *Waiver of Premium* ini menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
3. Seluruh salinan dokumen yang diberikan sehubungan dengan Pengajuan Klaim *Waiver of Premium* adalah sesuai asli dan masih berlaku.
4. PT Equity Life Indonesia berhak menolak transaksi dan/atau menutup hubungan usaha dengan Pemegang Polis yang tidak memenuhi ketentuan APU, PPT & PPSPM, POJK 8/2023 yang berlaku.
5. Semua alamat korespondensi dan nomor telepon/handphone, email yang telah diinformasikan dapat dipergunakan sebagai media komunikasi terkait Polis dan pengkinian data Polis.

6. Segala risiko yang timbul yang diakibatkan karena penandatanganan Pengajuan Klaim Waiver of Premium ini sepenuhnya menjadi tanggung jawab saya.
7. Saya mengerti bahwa PT Equity Life Indonesia tidak bertanggung jawab dalam hal:
- Terdapat kesalahan saya dalam memberikan informasi pada Pengajuan Klaim *Waiver of Premium* atau kesalahan Bank dalam melakukan proses transaksi namun tidak terbatas pada:
 - i. Tidak tepatnya pembayaran dana
 - ii. Keterlambatan penerimaan pembayaran dan, atau
 - iii. Pembayaran diterima oleh orang yang tidak berhak
8. PT Equity Life Indonesia dibebaskan dari segala tuntutan dari saya dan/atau Termaslahat (ahli waris) saya/pihak manapun sehubungan dengan Pengajuan Klaim *Waiver of Premium* tersebut di atas. Apabila terdapat tuntutan dari pihak manapun sehubungan dengan Pengajuan Klaim *Waiver of Premium* tersebut di atas, maka saya akan bertanggung jawab penuh.
9. Pengajuan ini berlaku apabila telah disetujui PT Equity Life Indonesia selaku Penanggung.

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

Pemegang Polis*/Termaslahat
Nama Jelas & Tanda Tangan

Tempat pengajuan: _____

Tanggal pengajuan (tanggal - bulan - tahun): - -

**Apabila Pemegang Polis adalah Badan Hukum, sertakan stempel perusahaan.
Beri tanda (✓) pada kotak yang dipilih.*

KHUSUS NASABAH INDIVIDUAL BUSINESS (DIISI OLEH BRANCH SERVICES)

Diperiksa oleh Admin
Tanggal & Tanda Tangan
Nama:

Mengetahui Branch Service
Tanggal & Tanda Tangan
Nama:

Catatan penting:
