PT Asuransi Jiwa Taspen
Jl. Letjend Suprapto No.45 Cempaka Putih
Jakarta Pusat-Jakarta 10520
Customer Contact Center: 021-5099 8899,
Email: taspenlife@taspenlife.com
Website: www.taspenlife.com

No. Dok.: TL/DKL/PK/01

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM PRODUK INDIVIDU

JENIS PENGAJUAN KLAIM ☐ Jatuh Tempo *(Maturity)* ☐ Meninggal Dunia ☐ Penebusan *(Surrender)* ☐ Tahapan ☐ Lain - lain _____

BERITANDA ☑ DALAM KOTAK PERTANYAAN PILIHAN

1. DIISI DAN DITANDATANGANI OLEH PEMEGANG POLIS

ISI/LENGKAPI/CORET/APABILA PERLU | BERITANDA ☑ DALAM KOTAK PERTANYAAN PILIHAN | JIKA PENGISIAN SALAH HARAP DICORET & DITANDATANGANI (DILARANG MENGGUNAKAN TIP EX) | DATA WAJIB DIISI DENGAN BENAR & LENGKAP | JANGAN MENANDATANGANI FORMULIR DENGAN KEADAAN KOSONG | APABILA TERDAPAT KESALAHAN ATAU PERBEDAAN INFORMASI MAKA PENGAJUAN KLAIM DAPAT DIBATALKAN OLEH PT ASURANSI JIWA TASPEN.

Nomor Polis : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nama Lengkap Pemegang Polis : _____ Jenis Kelamin L P

Nama Lengkap Tertanggung : _____ Jenis Kelamin L P

Hubungan dengan Tertanggung : _____

Tanggal Lahir: : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (DD – MM – YYYY)

Alamat : _____

RT/RW : ____/____ Kode Pos _____ Kelurahan

Kecamatan : _____ Kota _____

No. Handphone (Wajib Diisi) : _____ No. Telp _____ Email : _____

**No.HP dan Email yang tertera akan menjadi data terbaru bagi PT Asuransi Jiwa Taspen untuk keperluan konfirmasi , pengiriman SMS dan WA.*

2. HAK ATAS PEMBAYARAN

ISI/LENGKAPI/CORET/APABILA PERLU | BERI TANDA ☑ DALAM KOTAK PERTANYAAN PILIHAN | JIKA PENGISIAN SALAH HARAP DICORET & DITANDATANGANI (DILARANG MENGGUNAKAN TIP EX) | DATA WAJIB DIISI DENGAN BENAR & LENGKAP | JANGAN MENANDATANGANI FORMULIR DENGAN KEADAAN KOSONG | APABILA TERDAPAT KESALAHAN ATAU PERBEDAAN INFORMASI MAKA POLIS DAPAT DIBATALKAN OLEH PT ASURANSI JIWA TASPEN.

☐ **JATUH TEMPO *(MATURITY)***

Tanggal Jatuh Tempo : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (DD – MM – YYYY)

☐ **TAHAPAN (Produk Taspen Proteksi Beasiswa)**

Jenis Tahapan : ☐ Surrender ☐ Tertanggung Meninggal Dunia ☐ Manfaat Tahapan sesuai Periode Polis

Periode : _____

(Periode tahapan yang belum dibarkan)

☐ **TAHAPAN (Produk Taspen Proteksi Beasiswa)**

Tanggal Jatuh Tempo : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (DD – MM – YYYY)

☐ **PENEBUSAN *(SURRENDER)* atau PEMBATALAN POLIS**

Tanggal Jatuh Tempo : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (DD – MM – YYYY)

Alasan Surrender/ Pembatalan Polis : _____

3. PEMBAYARAN MANFAAT KLAIM *(wajib diisi dengan rekening a/n Pemegang Polis)*

Bank : _____ Unit/Cabang : _____

Nomor Rekening : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nama Pemegang Rekening : _____

Saya menyatakan bahwa semua pernyataan di atas adalah benar dan lengkap sesuai dengan pengetahuan dan keyakinan saya. Apabila saya memberikan Informasi tidak benar, maka saya bersedia dituntut dan Manfaat Asuransi yang diterima akan dikembalikan ke PT Asuransi Jiwa Taspen (Taspen Life). Saya membebaskan PT Asuransi Jiwa Taspen (Taspen Life) atas semua gugatan hukum yang ada atau yang mungkin timbul dari para penerima manfaat maupun pihak ketiga, sehubungan dengan semua kepentingan-kepentingan tersebut di dalam polis.

Ditandatangani di : _____ Tanggal (tgl/bln/tahun): / /

PEMOHON/ PESERTA	PENERIMA DOKUMEN
(Nama lengkap & Tanda tangan)	(Nama lengkap & Tanda tangan Pihak Taspen Life)