

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM MAPS

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan Kosong

I. Sehubungan adanya Permutusan Hubungan Kerja (PHK) pekerja kami di bawah ini:

Data Pekerja

- a. Nama :
- b. Nomor Kartu Peserta MAPS :
- c. Tanggal Lahir :
- d. Nama Ibu Kandung :
- e. Nomor Telepon Peserta :
- f. Nama & Alamat Perusahaan :
- g. Upah terakhir (UPOK + Taup) : Rp.
- h. Tanggal Mulai Tertanggung (TMT) :/...../.....

II. Adapun jenis PHK dari Pekerja tersebut adalah

Pastikan centang/silang ter isi sesuai dengan Jenis Pemutusan Hubungan Kerja

Jenis Pemutusan Hubungan Kerja			
☐ Mengundukan diri Atas Permintaan Sendiri (APS) ☐ Mangkir 5 (lima) hari berturut-turut ☐ Pidana/ditahan pihak berwajib dan di PHK	☐ Pekerja melakukan pelanggaran Perjanjian Kerja (PK), Peraturan Perusahaan (PP), Perjanjian Kerja Bersama (PKB) ☐ Perubahan status, penggabungan, peleburan atau perubahan kepemilikan perusahaan (pekerja tidak bersedia bergabung) ☐ Perusahaan tutup karena mengalami kerugian selama 2 (dua) atau Force Majeur ☐ Perusahaan Palit ☐ Pekerja pindah ke perusahaan yang tidak mempunyai program MAPS ☐ Objek Kerja Berakhir ☐ Habis Kontrak	☐ Pensiun Normal ☐ Perubahan status, penggabungan, peleburan atau perubahan kepemilikan perusahaan (perusahaan tidak bersedia menerima) ☐ Perusahaan tutup karena melakukan efisiensi ☐ Atas Permintaan Sendiri (APS), karena perusahaan melakukan pelanggaran ☐ Pekerja Meninggal Dunia	☐ Pekerja mengalami sakit berkepanjangan, cacat akibat kecelakaan kerja dan tidak dapat melakukan pekerjaan selama > 12 bulan

III. Pembayaran klaim agar ditransfer ke:

- Bank :
- Cabang/Unit :
- Nama Pemilik Rekening :
- Nomor Rekening :

Pengajuan Klaim ini Saya sampaikan dengan itikad baik (utmost good faith), yang mana saya menjamin seluruh fakta dan informasi yang kami berikan kepada PT Perta Life Insurance pada formulir klaim ini diungkapkan secara lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya, jika terbukti sebaliknya maka Saya bersedia menanggung segala konsekuensi dari PT Perta Life Insurance baik berupa penolakan klaim dan/atau pembatalan pertanggungan.. Demikian keterangan di atas kami buat dengan sebenarnya, jika dikemudian hari ternyata terdapat hal-hal yang tidak benar, kami wajib mengembalikan semua manfaat yang diterima dan hak tersebut di atas serta bersedia di tuntutan dimuka pengadilan.

Mengetahui

...../...../.....

Cap Perusahaan

Cap Perusahaan

(.....)
 Pimpinan Perusahaan (PJP)
 PT

(.....)
 PT
 Unit :

(.....)
 Pekerja / Ahli Waris