

## FORMULIR KLAIM KESEHATAN, PENYAKIT KRITIS, DAN PEMBEBASAN PREMI HEALTH, CRITICAL ILLNESS, AND WAIVER OF PREMIUM CLAIM FORM

**PENTING:** Pastikan bahwa Formulir klaim ini telah diisi dengan benar dan lengkap sesuai dengan fakta yang sebenar-benarnya.  
**IMPORTANT:** Please ensure that this claim form has been filled completely and correctly based on the real fact.

### DATA YANG DITUNJUK MENGAJUKAN KLAIM / APPOINTED CLAIMANT DATA

|  |                      |
|--|----------------------|
| Nomor Polis<br><i>Policy No.</i>                 | <input type="text"/> |
| Nama Pemegang Polis<br><i>Policy holder Name</i> | <input type="text"/> |
| Nama Tertanggung<br><i>Insured name</i>          | <input type="text"/> |

### INFORMASI PENGAJUAN KLAIM / CLAIM SUBMISSION INFORMATION

|   | Jenis pengajuan klaim 1<br><i>Claim submission type 1</i>  | Jenis pengajuan klaim 2<br><i>Claim submission type 2</i>  | Jenis pengajuan klaim 3<br><i>Claim submission type 3</i>  |
|---|--|--|--|
| Jenis perawatan<br><i>Type of treatment</i>           | <input type="checkbox"/> Rawat Inap / <i>Inpatient</i><br><input type="checkbox"/> Rawat jalan / <i>Outpatient</i><br><input type="checkbox"/> Penyakit kritis / <i>Critical illness</i><br><input type="checkbox"/> Cacat tetap total/sebagian<br><i>Total permanent disability/partial</i><br><input type="checkbox"/> Pembebasan premi / <i>Waiver of premium</i> | <input type="checkbox"/> Rawat Inap / <i>Inpatient</i><br><input type="checkbox"/> Rawat jalan / <i>Outpatient</i><br><input type="checkbox"/> Penyakit kritis / <i>Critical illness</i><br><input type="checkbox"/> Cacat tetap total/sebagian<br><i>Total permanent disability/partial</i><br><input type="checkbox"/> Pembebasan premi / <i>Waiver of premium</i> | <input type="checkbox"/> Rawat Inap / <i>Inpatient</i><br><input type="checkbox"/> Rawat jalan / <i>Outpatient</i><br><input type="checkbox"/> Penyakit kritis / <i>Critical illness</i><br><input type="checkbox"/> Cacat tetap total/sebagian<br><i>Total permanent disability/partial</i><br><input type="checkbox"/> Pembebasan premi / <i>Waiver of premium</i> |
| Tanggal masuk*<br><i>Admission date</i>               | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |
| Tanggal keluar*<br><i>Discharge date</i>              | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |
| Nama Rumah Sakit<br><i>Hospital Name</i>              | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |
| Nama Dokter<br><i>Doctor's Name</i>                   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |
| Jumlah nilai kuitansi*<br><i>Total invoice amount</i> | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |
| Keterangan tambahan<br><i>Additional remark</i>       | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |

\*Diisi untuk pengajuan klaim rawat inap dan rawat jalan / *Filled only for inpatient and outpatient claim*

### INFORMASI TAMBAHAN / ADDITIONAL INFORMATION

Informasi tambahan terkait pengajuan klaim / *Additional information related to the claim submission*

### PENGKINIAN DATA KORESPONDENSI / CORRESPONDENCE UPDATE DATA

|  |                      |
|--|----------------------|
| No. Handphone Pemegang polis<br><i>Policy Holder handphone No.</i> | <input type="text"/> |
| Alamat email Pemegang polis<br><i>Policy Holder email address</i>  | <input type="text"/> |

*\*Saya memahami jika saya mengisi pengkinian data korespondensi ini, maka PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk akan melakukan pengkinian data sesuai dengan data yang tercantum pada formulir ini  
I understand if I fill the this correspondence data update, then PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk will update my correspondence data based on this form*

### PERNYATAAN DAN KUASA / STATEMENT AND ATTORNEY

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Selanjutnya dengan ini saya memberi kuasa pada setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya, yang mempunyai catatan/ keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan, untuk diberikan kepada PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk atau mereka yang diberi kuasa olehnya sehubungan kepentingan polis asuransi ini. Saya juga memberi kuasa kepada PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk untuk menerima, meminta, mendapatkan dan/atau memberikan informasi kepada pihak ketiga perihal segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung/Pemegang Polis baik selama Tertanggung/Pemegang Polis hidup atau telah meninggal. Salinan dari surat kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

*I declare that I have read, understood, and answered the questions above completely and correctly. I hereby authorize any physician, hospital, clinic, public health center, insurance company, legal institution, personal or other organization that has any records or information or knows the condition/health, to be given to PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk. or those who are authorized by him in connection with the interests of this insurance policy. I also authorize PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk to receive, request, obtain and/or provide information to third parties regarding any records or information about the condition/health of the Insured/Policy Holder either while the Insured/Policy Holder was still alive or dead. A photographic copy of this statement, should be as valid and legal as the original.*

Ditandatangani di:  -  -  -

Tanda Tangan Pemegang Polis / Penerima Manfaat sesuai dengan identitas yang berlaku  
*Policy Holder / Beneficiary sign off based on the valid identity*

Nama Jelas Pemegang Polis/Penerima Manfaat  
*Policy Holder/Beneficiary Name*

