

FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA DEATH BENEFIT CLAIM FORM

PENTING: Pastikan bahwa Formulir klaim ini telah diisi dengan benar dan lengkap sesuai dengan fakta yang sebenarnya.
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 <i>Policy No.</i>	<input type="text"/>		
Nama <i>Name</i>	<input type="text"/>		
Hubungan dengan tertanggung <i>Relationship with the insured</i>	<input type="checkbox"/> Pemegang Polis/Penerima Manfaat <i>Policy Holder/Beneficiary Name</i>	<input type="checkbox"/> Ahli Waris <i>Beneficiary</i>	
Nomor Handphone <i>Handphone No.</i>	<input type="text"/>		
Email <i>Email</i>	<input type="text"/>		

DATA PENERIMA MANFAAT/AHLI WARIS / BENEFICIARY DATA

	Nama / Name	No. Rekening / Account No.	Nama Bank / Bank Name
Penerima Manfaat/Ahli Waris I / <i>Beneficiary I</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Penerima Manfaat/Ahli Waris II / <i>Beneficiary II</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Penerima Manfaat/Ahli Waris III / <i>Beneficiary III</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Penerima Manfaat/Ahli Waris IV / <i>Beneficiary IV</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Penerima Manfaat/Ahli Waris V / <i>Beneficiary V</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMASI KLAIM / CLAIM INFORMATION

Tanggal meninggal dunia <i>Date of death</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Tempat meninggal <i>Place of death</i>	<input type="checkbox"/> Rumah Sakit <i>Hospital</i>	<input type="checkbox"/> Klinik <i>Clinic</i>	<input type="checkbox"/> Rumah <i>House</i>
Penyebab meninggal <i>Cause of death</i>	<input type="checkbox"/> Sakit <i>Sickness</i>	<input type="checkbox"/> Kecelakaan <i>Accident</i>	
Apabila disebabkan karena kecelakaan / <i>If the caused of death related to accident:</i>			
Tanggal kejadian kecelakaan <i>Date of accident occurred</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Tempat kejadian kecelakaan <i>Place of accident occurred</i>	<input type="text"/>		
Kronologis kejadian <i>Chronology of event</i>	<input type="text"/>		

PENGKINIAN DATA KORESPONDENSI PENERIMA MANFAAT / BENEFICIARY CORRESPONDENCE UPDATE DATA

No. Handphone <i>Handphone No.</i>	<input type="text"/>
Alamat email <i>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 full name

