

PENTING: Pastikan bahwa Formulir klaim manfaat hidup 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

IDENTITAS YANG MENGAJUKAN KLAIM / CLAIM SUBMISSION IDENTITY

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

INFORMASI PENGAJUAN KLAIM / CLAIM SUBMISSION INFORMATION

	Perawatan I Treatment I	Perawatan II Treatment II	Perawatan III Treatment III	Perawatan Lainnya Other treatment
Jenis perawatan Type of treatment	<input type="checkbox"/> Rawat inap Inpatient <input type="checkbox"/> Rawat jalan Outpatient	<input type="checkbox"/> Rawat inap Inpatient <input type="checkbox"/> Rawat jalan Outpatient	<input type="checkbox"/> Rawat inap Inpatient <input type="checkbox"/> Rawat jalan Outpatient	<input type="checkbox"/> Rawat inap Inpatient <input type="checkbox"/> Rawat jalan Outpatient
Tanggal masuk Admission date	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tanggal Keluar Discharge date	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nama rumah sakit Hospital name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nama dokter Doctor's name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jumlah nilai kwitansi Total invoice amount	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Keterangan tambahan Additional remark	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMASI TAMBAHAN / ADDITIONAL INFORMATION

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

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 memberitahukan kepada PT Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG Tbk. atau mereka yang diberi kuasa olehnya, 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 all the questions above completely and correctly. I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company, legal institution, personal or other organization that has any records or information on the deceased and health of the deceased whether the deceased was still alive or dead to give them to PT Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG Tbk. or its authorized institution. A photographic copy of this statement, should be as valid and legal as the original

Ditandatangani di:

Signed on , - -

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

Policy Holder name