

PENTING: Pastikan bahwa Formulir klaim manfaat hidup 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 Policy No.	<input type="text"/>																							
Nama Name	<input type="text"/>																							
Hubungan dengan tertanggung Relationship with the insured	<input type="checkbox"/> Pemegang Polis Policy Holder												<input type="checkbox"/> Ahli Waris Beneficiary											
Nomor Handphone Handphone No	<input type="text"/>																							
Email Email	<input type="text"/>																							

DATA PENERIMA MANFAAT / BENEFICIARY DATA

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

INFORMASI KLAIM / CLAIM INFORMATION

Tempat meninggal Place of death	<input type="checkbox"/> Rumah sakit Hospital	<input type="checkbox"/> Klinik Clinic	<input type="checkbox"/> Rumah House
Penyebab meninggal Cause of death	<input type="checkbox"/> Sakit Sickness	<input type="checkbox"/> Kecelakaan Accident	
Tanggal kejadian kecelakaan Date of accident occurred	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Tempat kejadian kecelakaan Place of accident occurred	<input type="text"/>		
Kronologis kejadian Chronology of event	<input type="text"/>		

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 / Penerima Manfaat
Policy Holder / Beneficiary full name