

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM

Diisi oleh Penerima Manfaat & Pemegang Polis/Tertanggung

Mohon mengisi dengan lengkap dengan menggunakan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberikan tanda X pada kotak jawaban yang sesuai

PRODUK ASURANSI : Mandiri Inhealth Critical Protection Mandiri Inhealth Life Protection
 Mandiri Inhealth Accident Protection Mandiri Inhealth Hospital Cash Plan

Yang bertandatangan di bawah ini

DATA PENERIMA MANFAAT

Nama lengkap :

Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan

Tanggal lahir (tgl/bln/thn) : - -

Alamat :
 Nomor : RT/RW /
Kota : Kode Pos

Nomor Telepon : Rumah : - Kantor : -
HP :

E-mail :

Hubungan dengan Tertanggung : Anak Istri Suami Lain-lain

DATA PEMEGANG POLIS/ TERTANGGUNG

Nama lengkap :

Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan

Tanggal lahir (tgl/bln/thn) : - -

Alamat :
 Nomor : RT/RW /
Kota : Kode Pos

Nomor Telepon : Rumah : - Kantor : -
HP :

E-mail :

Nomor Polis :

DATA PENERIMA PEMBAYARAN KLAIM

Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke :

Nama :

No. Rekening :

Bank : Cabang :

Alamat Bank :

Catatan : Pembayaran Klaim Meninggal hanya akan dilakukan untuk Pengajuan Klaim yang disetujui sesuai dengan ketentuan polis

KETERANGAN LAIN-LAIN

Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain? Ya Tidak

Nama Perusahaan Asuransi : _____

No. Polis : _____

Tanggal Polis Efektif (tgl/bln/thn) : - -

Uang Pertanggungan : _____

SURAT KUASA

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan benar dan lengkap menurut sepengetahuan dan kepercayaan saya. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga atau Perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung untuk memberitahukan kepada PT. Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung baik selama Tertanggung hidup atau telah meninggal. Salinan dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya

Ditandatangani di :

Tanggal : - -

Penerima Manfaat & Pemegang Polis/Tertanggung

(Tanda tangan dan nama jelas)