

JENIS PENGAJUAN MANFAAT ASURANSI / Types of Claim Benefits for Insurance Benefits

- ☐ MENINGGAL DUNIA / Death Claim ☐ KESEHATAN / Health Claim ☐ CACAT / Disability, PENYAKIT KRITIS / Critical Illness
☐ LAINNYA / Others,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah Pemegang Polis / Penerima Manfaat PT PFI MEGA LIFE INSURANCE :
I'am, the undersigned, is the Policy holder / Beneficiary of PT PFI MEGA LIFE INSURANCE :

Nama Pemegang Polis / Policy holder name : _____
Penerima Manfaat / Beneficiary

Nama Tertanggung / Insured name : _____
(hanya untuk 1 orang Tertanggung / only for 1 Insured person)

Nomor Polis / Policy number :

*Tanggal Rawat Inap / Date of Hospitalization : Tgl/date : - Tgl/date : -
: Tgl/date : - Tgl/date : -

Alamat Korespondensi / Address : _____

Kode Pos / POS code :

No. HP-WA / Whatsapp Mobile Phone number : -

Email / Email address : _____

APABILA KLAIM TERSEBUT DISETUJUI, MOHON PEMBAYARAN KLAIM ASURANSI DITUJUKAN KE / If the claim approved, please payment directly to :

Nomor Rekening / Account number : _____ ☐ Aktif / Active
Atas Nama / On Behalf of : _____
Nama Bank / Bank name : _____ ☐ Tidak Aktif / Not Active
Jenis Rekening / Account type ☐ Rupiah ☐ US.\$

PERNYATAAN KUASA / Power of Attorney :

Saya/Kami/Penerima Manfaat dari atas nama Tertanggung diatas bersama ini memberikan Kuasa kepada dokter, rumah sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi Lainnya ataupun perorangan yang mempunyai catatan data atau yang mengetahui keadaan kesehatan Tertanggung, untuk diberikan kepada PT PFI Mega Life Insurance atau orang yang mewakili, atas semua keterangan mengenai diri Tertanggung/Kami yang berhubungan dengan kesehatan, riwayat pengobatan, perawatan di rumah sakit, nasihat - nasihat dokter, pengobatan atau penyakit.

I/We/the Beneficiary on behalf of the Insured give authorize to doctor, hospitals, clinic, health center, any others Insurance Company or individual who has data records or who knows the health condition of the Insured, to be given to PT PFI Mega Life Insurance or a person representing, for all information regarding the Insured/Our self which is related to health, medical history, hospital treatment, doctor's advice, medication or illness.

TERTANDA / Signed ;
..... / / /
materai/stamp Rp. 10,000,-
..... (Pemegang Polis / Penerima Manfaat) (Policy holder / Beneficiary)

Diterima oleh Departemen Klaim / Received by :	
- Tanggal/date	
- Paraf/Initials	
- Nama/Name	

Form-Clm-04-22-09-2023