

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 Peserta / Participant name : .....  
(hanya untuk 1 orang Peserta / only for 1 Participant 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 Peserta 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 Peserta, untuk diberikan kepada PT PFI Mega Life Insurance atau orang yang mewakili, atas semua keterangan mengenai diri Peserta/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 Participant 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 Participant, to be given to PT PFI Mega Life Insurance or a person representing, for all information regarding the Participant/Our self which is related to health, medical history, hospital treatment, doctor's advice, medication or illness.

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

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

Form-Clm-04-22-09-2023