

FORMULIR KLAIM CRITICAL ILLNESS

Lengkapi kolom atau coret bila perlu. Jika ada pengisian yang salah, harap coret dan ditanda tangani (cairan korektor tidak dibenarkan). Agar mempercepat proses klaim, harap semua pertanyaan di bawah ini dijawab dengan benar, lengkap dan jelas.

DATA PEMEGANG POLIS

1. Nama Pemegang Polis : _____
2. No. Polis : _____
3. Nomor Telepon/*Handphone* : _____ Email: _____
4. Nomor KTP/Identitas Lain : _____

Menerangkan bahwa:

DATA TERTANGGUNG

5. Nama Tertanggung : _____
6. Nama Panggilan>Nama Lain/Alias : _____
7. Tempat & Tanggal Lahir : _____ (tempat), ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn)
8. Nomor KTP/Identitas Lain : _____

DATA LAIN (POLIS LAIN YANG DIMILIKI OLEH TERTANGGUNG)

9. Nama Perusahaan Asuransi : _____
10. Nama Program Asuransi : _____
11. No. Polis : _____ Tanggal Polis Efektif : ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn)
12. No. BPJS/Jamkesda Tertanggung : _____

DATA PEMBAYARAN KLAIM

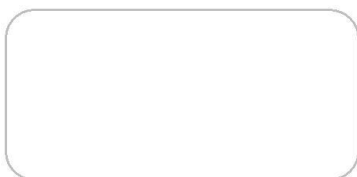
Apabila Klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke:

13. Nama : _____
14. No. Rekening : _____
15. Bank : _____ Cabang: _____

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUH Perdata 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 PT Asuransi Simas Jiwa atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung. Fotokopi dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di _____ , ____ / ____ / 20 ____



Tanda Tangan & Nama Jelas
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)