

Formulir Klaim Kecelakaan Diri dan Kesehatan

Accident and Health Claim Form

Jenis Klaim / Type of Claim:

- Kecelakaan Diri / *Personal Accident* Hospital Income Plan / *Hospital Income Plan*
 Penyakit Kritis / *Critical Illness* Perjalanan / *Travel*

Mohon agar mengisi seluruh isian pada halaman ini menggunakan huruf kapital. / *Kindly fill in all the fields on this page using the uppercase letter.*

A. Data Tertanggung / Insured Information

1.	Nomor Polis <i>Policy Number</i>	<input type="text"/>
2.	Nama Tertanggung <i>Name of Insured</i>	<input type="text"/>
3.	Tempat dan Tanggal Lahir <i>Place and Date of Birth</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
4.	Jenis Kelamin <i>Sex</i>	<input type="checkbox"/> Laki-laki / <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Wanita / <i>Female</i>
5.	Nomor Kartu Identitas <i>ID Card Number</i>	(KTP/Paspor) <input type="text"/>
6.	Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) <i>Tax Registration Number</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
7.	Alamat / <i>Address</i>	<input type="text"/>
8.	Kota/Kabupaten <i>City/Region</i>	<input type="text"/>
9.	Kode Pos / <i>Postal Code</i>	<input type="text"/>
10.	Nomor Telepon <i>Phone Number</i>	Rumah / <i>Home</i> <input type="text"/> - <input type="text"/> Seluler / <i>Mobile</i> <input type="text"/> - <input type="text"/>
11.	Alamat Email / <i>E-mail Address</i>	<input type="text"/>
12.	Hubungan dengan Tertanggung <i>Relationship with the Insured</i>	<input type="text"/>
13.	Pembayaran Klaim <i>Claim Settlement</i>	
a.	Bank / <i>Bank</i>	<input type="text"/>
b.	Cabang / <i>Branch</i>	<input type="text"/>
c.	Nomor Rekening <i>Account Number</i>	<input type="text"/>
d.	Pemilik Rekening <i>Beneficiary Name</i>	<input type="text"/>

B. Data Klaim / Claim Information

1.	Nilai Klaim <i>Claim Amount</i>	<input type="text"/>
2.	Tanggal Kejadian <i>Date of Loss</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
3.	Lokasi Kejadian <i>Location of Loss</i>	<input type="text"/>

