

FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA (POLIS FAMILY CARE)

(Diisi oleh Ahli Waris)

Data Ahli Waris

Nama Lengkap : _____ Jenis Kelamin : Pria / Wanita

Tempat / Tanggal Lahir : _____ / _____

Alamat : _____

No. Telepon / HP : _____

No. KTP / Indentitas Lain : _____

Hubungan dengan Almarhum/-ah : Anak Istri Suami Lain-Lain : _____

Menerangkan Dengan Sebenarnya, Bahwa Peserta :

Nama Lengkap Almarhum / -ah : _____ Jenis Kelamin : Pria / Wanita

Nama Panggilan / Nama Lain / Alias : _____

No. Polis : _____

Tempat / Tanggal Lahir Peserta : _____ / _____

Alamat : _____

No. Telepon / HP : _____

No. KTP / Indentitas Lain : _____

Pekerjaan : _____

Telah Meninggal Dunia Pada : Hari : _____ tgl/bln/thn : _____

Sebab Meninggal : _____

Lokasi Meninggal : _____

Tanggal & tempat terjadi kecelakaan : _____

Apakah kecelakaan ini dilaporkan kepada pihak berwajib : Ya Tidak

Kronologis Kecelakaan : _____

.....

Tanda Tangan & Nama

SURAT PERNYATAAN
LETTER OF STATEMENT

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, dan memberikan semua keterangan yang terdapat dalam formulir klaim tersebut dengan lengkap, benar dan sejujurnya. Selanjutnya saya setuju bahwa jika saya membuat atau dalam pernyataan selanjutnya sehubungan dengan klaim tersebut terdapat unsur pemalsuan atau penipuan atau mendiamkan, menyembunyikan atau memberikan pernyataan yang salah mengenai materi fakta dengan cara apapun, maka polis menjadi batal, dan semua hak untuk mendapatkan ganti rugi berdasarkan polis ini untuk klaim yang lalu maupun yang akan datang akan hilang.

I hereby certify that I have read, understand, and give you all the information in the claim form completely, truly and honestly. I agree that if I make a statement or in the claim there is an element of fraud or deceit or suppress, conceal or provide false statements concerning material facts in any way, then the policy shall be cancelled, and all of the rights to be compensated by this policy for the last claim and future will be lost.

Dengan ini saya memberi kuasa penuh pada setiap Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Perusahaan Asuransi, Organisasi, Instansi atau individu lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan dan kesehatan Saya/Tertanggung untuk memberitahukan kepada PT. MNC Asuransi Indonesia atau wakilnya yang berwenang. Fotokopi dari surat kuasa ini dianggap sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama dengan aslinya.

I hereby give a full authority to every Doctors, Hospitals, Clinics, Insurance Companies, organizations, agencies or other individuals who have a record or know the state of health and I / insured to notify the PT. MNC Asuransi Indonesia or an authorized representative. Photocopy of this Letter of Statement attorney is valid and has the same legal effect as the original.

Nama Lengkap / Full Name :

No. KTP / Identity Number :

No. Telepon / Phone Number :

Ditandatangani di Tanggal/...../.....

Signed

Date

Materai Rp.6000

(_____)

Nama Lengkap & tanda tangan

Full name & signature