

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

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 / Male <input type="checkbox"/> Wanita / Female
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 / Address	<input type="text"/>
8. Kota/Kabupaten <i>City/Region</i>	<input type="text"/>
9. Kode Pos / Postal Code	<input type="text"/>
10. Nomor Telepon <i>Phone Number</i>	Rumah / Home <input type="text"/> - <input type="text"/>
	Seluler / Mobile <input type="text"/> - <input type="text"/>
11. Alamat Email / E-mail Address	<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 / Bank	<input type="text"/>
b. Cabang / Branch	<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"/>

