

INFORMASI PEMEGANG POLIS / Policy Holder Information

PEMEGANG POLIS / *Policy Holder* : _____

No. Polis / *Policy Number* : □□□□□□□□□□□□□□□□ tanggal efektif Polis/ □□□□□□□□□□ (tgl/bln/thn)
Policy effective date (dd/mm/yy)

NAMA PESERTA / *Participant Name* : _____

TANGGAL MULAI KEPESERTAAN / *Effective Date of Insured Member's* : □□□□□□□□□□ (tgl/bln/thn / dd/mm/yy)

TANGGAL MULAI BEKERJA / *Date of Hiring* : □□□□□□□□□□ (tgl/bln/thn- dd/mm/yy) TGLTERAKHIR BEKERJA : □□□□□□□□□□ (tgl/bln/thn- dd/mm/yy)
Last Date work

LAMA BEKERJA / *Length of Employment* : _____

TIPE MANFAAT / *Benefit Type* : Jatuh Tempo / *Maturity* Dana Tunai / *Cash Fund*

KLASIFIKASI PESERTA / *Participant Classifications*

GAJI / *Salary* : _____

BESARNYA MANFAAT/ *Amount of Benefit* : _____

Dengan ini menyatakan bahwa informasi yang kami berikan pada formulir klaim ini adalah benar dan lengkap sepanjang sepengetahuan kami / *Herewith declared that the information provided by us on this claim form is true and complete to the best of our knowledge.*

TANDA TANGAN dan STEMPEL PERUSAHAAN / Signature and Company Stamp

(Hanya orang yang berhak mewakili pemegang polis / *Only authorized personal who have rights to represent the policyholder*)

NAMA / *Name* : _____

JABATAN / *Title* : _____ TEMPAT dan TANGGAL / *Place and Date* : _____

INFORMASI MENGENAI PESERTA / Participant Information

NAMA PESERTA / *Participant Name* : _____

NO. PESERTA / *Participant No.* : □□□□□□□□□□□□

NO KTP/ SIM/ PASPOR/ *KTP/ SIM/ Passport* : _____

ALAMAT RUMAH / *Home Address* : _____ KODE POS / *Postal Code* : _____

TANGGAL LAHIR / *Date of Birth* : □□□□□□□□□□ (tgl/bln/thn / dd/mm/yy)

TANGGAL JATUH TEMPO / *Maturity Date* : □□□□□□□□□□ (tgl/bln/thn / dd/mm/yy) Hanya untuk klaim Jatuh Tempo / *Only for Maturity claim*

INFORMASI PEMBAYARAN BENEFIT / Information of Benefit Payment

(Mohon konsultasikan dengan Pemberi Kerja / *Please consult with Employer*)

<input type="checkbox"/> Pemegang Polis,	<input type="checkbox"/> Tertanggung / <i>Insured,</i>
Nama Bank/ <i>Bank Name</i> : _____	Nama Bank/ <i>Bank Name</i> : _____
Cabang/ <i>Branch</i> : _____	Cabang/ <i>Branch</i> : _____
No. Rekening/ <i>Account Number</i> : _____	No. Rekening/ <i>Account Number</i> : _____
Atas Nama/ <i>Beneficiary's Name</i> : _____	Atas Nama/ <i>Beneficiary's Name</i> : _____

Saya menyatakan bahwa informasi yang saya berikan pada formulir klaim ini adalah benar dan lengkap sesuai yang saya ketahui / *I declared that the information provided by me on this claim form is true and complete to the best of my knowledge.*

TANDA TANGAN PESERTA / Signature of Participant

NAMA / *Name* : _____ TEMPAT dan TANGGAL / *Place and Date* : _____

Untuk keperluan Perusahaan Asuransi / *For Insurance Company purposes*

Diterima Tanggal / *Received Date* : _ _ _____