- Isi/lengkapi/coret apabila perlu.
- Beri tanda ☑ dalam kotak pertanyaan pilihan.
- Jika pengisian salah, harap dicoret dan ditandatangani (jangan menggunakan tip ex).
- Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM PENYAKIT KRITIS

Nomor Polis

DATA-DATA PENGAJUAN KLAIM

	Nama Lengkap *(sesuai identitas)*	Jenis Kelamin
Pemegang Polis		☐ Pria ☐ Wanita
Tertanggung		☐ Pria ☐ Wanita

Tempat & Tanggal Lahir Tertanggung : *(tgl-bln-thn)* Umur : Thn

Pekerjaan Tertanggung :

Alamat :

Kode Pos

Nomor KTP/Identitas :

No. Telepon / Handphone :

DIAGNOSA

- Nama/Diagnosa dari keadaan/Penyakit Tertanggung*:
- Kapan pertama kali Tertanggung mulai merasakan keluhan/gejala dari keadaan/penyakit ini? *(tgl-bln-thn)*
- Mohon jelaskan keluhan/gejala tersebut secara terperinci*:
- Kapan pertama kali Tertanggung berkonsultasi dengan dokter mengenai keluhan/gejala tersebut? *(tgl-bln-thn)*
- Mohon jelaskan secara detail dan lampirkan hasil pemeriksaan atau tes dari rumah sakit sehubungan dengan keadaan/penyakit Tertanggung*:
- Apakah Tertanggung sebelumnya pernah mengalami atau pernah berobat atas keadaan/penyakit ini?

☐ Ya ☐ Tidak Jika "Ya", kapan? *(tgl-bln-thn)*

DATA-DATA DOKTER (UMUM/SPESIALIS)

Mohon tuliskan nama dan alamat seluruh dokter, baik dokter umum ataupun spesialis, yang pernah dikunjungi oleh Tertanggung beserta tanggal kunjungannya untuk keadaan/penyakit/kecelakaan apapun.*

No.	Nama Dokter	Alamat RS/Klinik	Tgl. Konsultasi *(tgl/bln/thn)*	Kondisi/Penyakit

KETERANGAN LAIN-LAIN

Mohon tuliskan Polis di perusahaan asuransi lain yang dimiliki oleh Tertanggung :

No.	Nama Perusahaan Asuransi	Nama Produk/Program Asuransi	No. Polis Asuransi

***Keterangan lain yang belum disebutkan*:**

DATA REKENING

Nama Bank :

Cabang :

Atas Nama :

Alamat Bank :

No. Rekening :

Pembayaran Klaim Penyakit Kritis hanya akan dilakukan untuk Pengajuan Klaim yang disetujui sesuai dengan ketentuan Polis

PERNYATAAN & SURAT KUASA

1. Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.
2. Saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUH Perdat kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan yang mempunyai catatan/ keterangan atau mengetahu keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT MNC Life Assurance atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung.
3. Fotokopi dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di _____ __ __ - __ __ - __ __ __ __ *(tgl-bln-thn)*

TANDA TANGAN PEMEGANG POLIS
Nama Jelas :

Keperluan Dokumen	Asli	Fotokopi
Formulir Pengajuan Klaim Penyakit Kritis	✓	
Formulir Surat Keterangan Dokter untuk Penyakit Kritis	✓	
Seluruh hasil pemeriksaan seperti laboratorium, radiologi dan pemeriksaan penunjang lainnya yang dilakukan Tertanggung		✓
Legalisir Surat Keterangan/Berita Acara dari Kepolisian (untuk keadaan yang melibatkan kepolisian)		✓
Dokumen lain yang dianggap perlu		