



Jelaskan jenis & tugas pekerjaan barunya saat ini :

Nama & alamat tempat bekerja yang baru :

Jika akibat kecelakaan tersebut Tertanggung meninggal dunia, mohon jelaskan :

Tgl. Meninggal Dunia	Tempat/Lokasi Meninggal Dunia	Penyebab Utama Meninggal Dunia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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**

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

- Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.
- 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 mengetahui 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.
- Fotokopi dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

**TANDA TANGAN PEMEGANG POLIS**

Nama Jelas :

Ditandatangani di

(tgl-bln-thn)











Keperluan Dokumen	Asli	Fotokopi
Formulir Pengajuan Klaim Kecelakaan	✓	
Formulir Surat Keterangan Dokter untuk Kecelakaan	✓	
Kwitansi legalisir selama perawatan beserta perincian	✓	
Kupon/Voucher/Sertifikat	✓	
Kartu Tanda Pengenal Tertanggung/Pemegang Polis		✓
Seluruh hasil pemeriksaan laboratorium, radiologi & pemeriksaan penunjang lainnya		✓
Surat Keterangan dari dokter spesialis & Perusahaan tempat bekerja yang menyatakan bahwa Tertanggung sudah tidak bekerja selama 6 (enam) bulan berturut-turut (untuk pengajuan klaim cacat tetap total)	✓	

Keperluan Dokumen	Asli	Fotokopi
Formulir Pengajuan Klaim Kecelakaan	✓	
Formulir Surat Keterangan Dokter untuk Kecelakaan	✓	
Polis/Kupon/Voucher/Sertifikat	✓	
Kartu Tanda Pengenal Tertanggung/Pemegang Polis/ Termaalihat		✓
Kartu Keluarga		✓
Akte Kematian/Surat Keterangan dari Pemerintah Setempat		✓
Surat Keterangan/Berita Acara dari Kepolisian (jika ada)		✓
Visum et Repertum (jika ada)		✓
Surat Keterangan Meninggal Dunia dari KBRI (jika meninggal di luar negeri)		✓