

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 REKONING

Nama Bank	:	<input type="text"/>
Cabang	:	<input type="text"/>
Atas Nama	:	<input type="text"/>
Alamat Bank	:	<input type="text"/>
No. Rekening	:	<input type="text"/>

***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 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.
3. Fotokopi dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di - - (tgl-blh-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		