

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM KETIDAKMAMPUAN TOTAL – ASURANSI KUMPULAN

TOTAL DISABILITY CLAIM APPLICATION FORM – GROUP INSURANCE

(Diisi oleh ahli waris /Add with beneficiary)

Yang bertandatangan di bawah ini / The undersigned :

Data Termaslahat/Ahli Waris / Data Of The Beneficiary

Nama Lengkap / Full Name : _____

Jenis kelamin / Sex : ☐ Laki-laki / Male ☐ Perempuan / Female

Tempat Tgl. Lahir/ Usia / Place and Date of Birth /Age : _____, / Tahun / Year

Alamat / Address : _____

Kode Pos / Zip Code : _____

Telepon / Telephone : Kantor / Office : _____ Rumah / Resident : _____

HP / Cellular : _____

Faksimili / Facsimile : _____ E- mail : _____

Hubungan Dengan Tertanggung / peserta : ☐ Anak / Child ☐ Istri / Wife ☐ Suami / Husband

Relationship With Insured / Participant ☐ Lain-lain / other : _____

Menerangkan Dengan Sebenarnya, Bahwa / Trully Stated, That

Nomor Polis / Policy Number : _____

Nama Lengkap Tertanggung / Full Name of Insured : _____

Jenis kelamin / Sex : ☐ Laki-laki / Male ☐ Perempuan / Female

Tempat Tgl. Lahir/Usia / Place and Date of Birth ;Age : _____, / Tahun / Year

Alamat / Address : _____

Kode Pos / Zip Code : _____

Telepon / Telephone : Rumah / Resident: _____ HP / Cellular : _____

Pekerjaan / Occupation : _____

(Mohon cantumkan nama perusahaan/alamat dan noTlp /
Name of Company / Position Address and Phone) _____

Telah dirawat di Rumah Sakit oleh karena /
Hospitalized due to : ☐ Sakit / Illness ☐ Kecelakaan / Accident ☐ Lainnya / Other : _____

Tanggal / Date :

Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain? / Is the Insured by other insurance companies? : ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No

Nama perusahaan asuransi / Name of insurer	Nomer Polis / policy Number

Keterangan tambahan (wajib diisi), Semua keterangan yang diisi hanya untuk kepentingan PT. BNI Life Insurance :

Apakah Tertanggung atau keluarga dekat Tertanggung sedang atau pernah memegang jabatan di pemerintahan baik di dalam negeri atau luar negeri ?

/ Have the Insured or their family ever been become officer in the local government or abroad ? ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No

Bila Ya, mohon mengisi pertanyaan berikut / If Yes, please answer the question below :

Nama / Name : _____ Institusi / Institution : _____

Posisi / Position : _____ Masa Jabatan / Term of service : _____

Negara / Country : _____ Hubungan dengan yang ditunjuk / wakil ahli waris : _____
Relationship with beneficiary

Mohon diisi apabila yang ditunjuk / wakil ahli waris adalah pejabat yang bersangkutan / Please answer if the beneficiary is the officer :

Sumber dana / Resource of fund : _____

PENERIMA MANFAAT / WAKIL AHLIWARIS / BENEFICIARY

Tempat dan Tanggal / Place and Date

Tandatangan dan Nama / Signature and Name