FORMULIR KLAIM ASURANSI KECELAKAAN DIRI

PETUNJUK

1. Formulir ini harus diisi dengan lengkap dan ditanda-tangani oleh Pemohon
2. Untuk dapat memproses klaim, semua dokumen harus dikirimkan kepada Perusahaan Asuransi dan Perusahaan berhak untuk meminta dokumen tambahan apabila diperlukan
3. Penyerahan dokumen klaim tidak menjamin klaim dapat disetujui. Perusahaan berhak untuk memeriksa dan mengevaluasi sesuai limit, syarat dan kondisi Polis

DATA TERTANGGUNG	
Nomor Polis	:
Periode Polis	:
Nama Tertanggung	:
Usia	:
Jenis Kelamin	:
Alamat	:
Alamat e-mail	:
DATA PEMOHON	
Nama Pemohon	:
Tanggal Lahir	:
Jenis Kelamin	:
Alamat	:
Hubungan dengan Tertanggung	:
No Telepon / Handphone	:
Alamat e-mail	:

JENIS SANTUNAN

Berikan Tanda Silang pada Jenis Santunan yang Diklaim

KECELAKAAN DIRI

- ☐ Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan
- ☐ Cacat Tetap Total atau Cacat Tetap Sebagian
- ☐ Biaya Pengobatan atau Perawatan

DATA KLAIM

Tempat Kejadian :
Tanggal Kejadian :
Kronologis kejadian :

Apakah kejadian tersebut dilaporkan kepada petugas kepolisian?
Jika "Ya" maka jelaskan kantor Polisi mana?

Apakah kejadian tersebut dilaporkan kepada petugas berwenang (contoh : RT/RW/Kelurahan)?
Jika "Ya" maka jelaskan!

Dalam hal tuntutan biaya pengobatan, dimana Tertanggung melakukan pemeriksaan?

Nama Dokter :
Diagnosa Dokter :

FORMULIR KLAIM ASURANSI KECELAKAAN DIRI

Rincian Klaim yang diajukan dan nilainya :
Untuk proses pembayaran klaim yang disetujui, mohon diinformasikan data sebagai berikut : Nama Rekening Bank* : Nama Bank : Nomor Rekening : *Nama Rekening Bank harus sama dengan nama Pemegang Polis

Dengan ini saya menyatakan bahwa keterangan di atas adalah benar dan lengkap. Saya juga memberi kuasa kepada setiap Praktisi Medis, Rumah Sakit, atau Klinik di mana saya telah diperiksa atau dirawat, untuk memberikan keterangan lengkap kepada PT Lippo General Insurance Tbk. Copy dari Surat Pernyataan ini berlaku seperti aslinya.

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan memahami kebijakan privasi yang berlaku di PT Lippo General Insurance Tbk, serta memberikan persetujuan kepada PT Lippo General Insurance Tbk untuk mengumpulkan, menyimpan, menggunakan, dan mengolah data pribadi saya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, termasuk namun tidak terbatas pada Undang-Undang Pelindungan Data Pribadi. Saya memahami bahwa data pribadi saya akan digunakan untuk tujuan Administrasi Klaim dan/atau hal lain sehubungan dengan Polis saya di PT Lippo General Insurance Tbk dan saya berhak untuk menarik persetujuan ini kapan saja dengan pemberitahuan tertulis kepada PT Lippo General Insurance Tbk.

..... , .../..../ 20....

Nama dan Tanda Tangan Pemohon