

FORMULIR KLAIM

PETUNJUK

1. Formulir ini wajib diisi dengan lengkap dan hanya berlaku untuk 1 (satu) orang Tertanggung.
2. Formulir ini wajib ditandatangani oleh Tertanggung atau orangtua/keluarga Tertanggung.
3. Melampirkan semua dokumen pendukung klaim sesuai yang disyaratkan dalam Polis MyProtection.

DIISI OLEH TERTANGGUNG	
Nama Pemegang Polis	Nomor Polis
Nama Tertanggung	Alamat Email
Jenis Klaim <input type="checkbox"/> Meninggal Dunia <input type="checkbox"/> Cacat Tetap Total atau Cacat Tetap <input type="checkbox"/> Biaya Pengobatan	
Nilai Klaim yang Diajukan (dalam Rupiah):	
Waktu Kejadian:	
Lokasi Kejadian:	
Kronologi Kejadian:	
No. Rekening :	
Nama Bank – Cabang :	
Nama Pemilik Rekening :	

Dengan ini saya menyatakan bahwa keterangan di atas adalah benar dan dibuat dalam keadaan sadar serta tanpa paksaan. Saya memberi kuasa kepada PT Lippo General Insurance Tbk untuk atas nama saya meminta segala keterangan/dokumen yang berkaitan dengan kejadian dan klaim saya, termasuk data medis saya sebelumnya, dari Praktisi Medis, Rumah Sakit atau Klinik, yang pernah merawat saya, untuk digunakan dalam memproses klaim ini.

Nama & tanda tangan Tertanggung/Ahli Waris	Alamat:
Tanggal:	