



FORMULIR KLAIM ASURANSI JIWA KUMPULAN

Nomor Polis	:		Nomor Peserta	:	
Nomor Pegawai	:		Golongan	:	
Nama Pegawai	:				
Tempat/Tanggal Lahir	:				
Alamat Lengkap	:				
			Kode Pos		
Telepon Kantor	:			Ext.	
No. Handphone	:				
Nama Istri/Suami/Ahli Waris	:				
Tanggal Klaim	:				
Jenis Klaim	:		Kode Khusus Klaim		

Catatan :

1. Ekspirasi
2. Kematian
3. Nilai Tebus
4. Kecelakaan Diri
5. Refund Premi

Mohon pembayaran klaim dibayarkan melalui : Valuta ☐ Dollar ☐ Rupiah

1. Transfer Bank :
Bank :
Cabang :
Nomor Rekening :
Atas Nama :

Pengajuan Klaim ini Saya sampaikan dengan itikad baik (*utmost good faith*), yang mana saya menjamin seluruh fakta dan informasi yang kami berikan kepada PT Perta Life Insurance pada formulir klaim ini diungkapkan secara lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya, jika terbukti sebaliknya maka Saya bersedia menanggung segala konsekuensi dari PT Perta Life Insurance baik berupa penolakan klaim dan/atau pembatalan pertanggungan.

Mengetahui,
Pejabat Pemegang Polis

Pekerja/Ahli Waris

Stempel Perusahaan

(.....)

(.....)

Nomor Telepon Human Resources : Ext.