

CLAIM NOTE PERSONAL ACCIDENT INSURANCE

clmisc ver.07-24/yr

Name/Nama :

Date of Birth/Tanggal Lahir :

Address/Alamat :

Phone Number/No. Telepon : (Mobile phone/HP) :

Email Address/Alamat email :

Policy Number/No. Polis :

Insurance Period/Periode Asuransi :

Place of Accident / tempat kejadian :

Full details of chronology, cause, extent and outcome of the Accident :
Detil kronologi, penyebab, cakupan dan akibat dari kecelakaan :

.....

.....

Total Claim amount/ Nilai klaim :

Do you have any other insurance which covers this incident?

Apakah Anda mempunyai asuransi lain yang menjamin kejadian ini?

☐ YES | YA

☐ NO | TIDAK

If Yes, please state name of insurance company:

Jika YA, silakan tulis nama asuransi

Do you file a claim for the same incident to other insurance company?

Apakah Anda mengajukan klaim untuk kejadian yang sama ke asuransi lain ?

☐ YES | YA

☐ NO | TIDAK

If Yes, please state name of insurance company:

Jika YA, silakan tulis nama asuransi

Bank Transfer Information/Informasi Bank

Bank Name : Branch :
Nama Bank Cabang

Account No. : Account Holder :
No. Rekening Nama/Pemegang Rekening

Page – Lembar 1/2

A Member of **MS&AD INSURANCE GROUP**

Branch and Representative Offices :

Bandung : HQuarters Business Residence Building, 9th Floor Unit E, Jl. Asia Afrika No. 158, Bandung 40261 Phone : +62 22 30000851, 30000852 Fax : +62 22 30000853

Batam : Wisma Batamindo, 3rd Floor #06, Jl. Rasamala No. 1, Batamindo Industrial Park, Mukakuning, Batam 29433 Phone : +62 770 611550, 611161 Fax : +62 770 611551

Denpasar : Quest Sant Denpasar Hotel, 2nd Floor No. 1, Jl. Mahendradatta No. 93, Padangsambian Klod, Denpasar 80117 Phone : +62 361 4717227, 4717228 Fax : +62 361 4717226

Medan : Sinar Mas Land Plaza, 8th Floor, Suite 804, Jl. P. Diponegoro No. 18, Medan 20152 Phone : +62 61 4528783, 4528795 Fax : +62 61 4528810

Palembang : Sudirman City Centre Office Tower, 6th Floor Unit 603, Jl. Jenderal Sudirman No. 57, Palembang 30125 Phone : +62 711 5630711, 5630712 Fax : +62 711 5630713

Semarang : Wisma HSBC, 5th Floor, Unit 507, Jl. Gajah Mada No. 135, Semarang 50134 Phone : +62 24 8417010, 8417013 Fax : +62 24 8417012

Surabaya : Intiland Tower, 7th Floor, Suite 05D, Jl. Panglima Sudirman 101-103, Surabaya 60271 Phone : +62 31 5318876 Fax : +62 31 5310826


DECLARATION/ AUTHORIZATION/ DATA PRIVACY
PERNYATAAN/ SURAT KUASA/ DATA PRIBADI

Declaration / Pernyataan

I hereby declare that all information and facts provided are true, all documents submitted are in accordance with the originals, and that I do not withhold or conceal any information that I know to PT. Asuransi MSIG Indonesia (hereinafter "MSIG"). I further agree that if I have made or in any further declaration in respect of the said claim shall make any false or fraudulent statement or suppress, conceal or falsely state any material fact whatsoever, all rights to recover hereunder in respect of past, current or future claim shall be forfeited.

Dengan ini saya menyatakan bahwa semua informasi dan fakta yang diberikan adalah benar, semua dokumen yang disampaikan sesuai dengan aslinya, dan bahwa saya tidak menahan atau menyembunyikan informasi apa pun yang saya ketahui kepada PT. Asuransi MSIG Indonesia (selanjutnya disebut "MSIG"). Selanjutnya saya setuju bahwa jika ternyata saya membuat atau dalam pernyataan selanjutnya sehubungan dengan klaim tersebut terdapat unsur pemalsuan atau penipuan atau mendiamkan, menyembunyikan atau memberikan pernyataan yang salah mengenai materi fakta dengan cara apapun, semua hak untuk mendapatkan ganti rugi berdasarkan polis untuk klaim yang lalu, sekarang maupun yang akan datang akan hilang.

Surat Kuasa / Authorization

I, the undersigned, hereby irrevocably authorize MSIG to obtain any and all factual information related to an insurance claim(s) filed or to be filed against MSIG, including but not limited to medical, physical, clinical, mental or psychological condition (hereinafter "Medical Information") of the Insured from any relevant organization or individuals, including but not limited to any hospital(s), clinic(s), physician(s), medical doctor(s), therapist(s), and any other organization(s) or person(s) who will or have attended, examined, inspected or provided medical services of any kind (hereinafter "Medical Service Providers") or any other organizations that has any records or relevant knowledge or information pertaining to my health condition.

Saya, yang bertanda di bawah ini, dengan ini memberi kuasa kepada MSIG untuk mendapatkan setiap dan semua informasi faktual terkait dengan klaim Asuransi yang diajukan atau akan diajukan terhadap MSIG, termasuk namun tidak terbatas pada kondisi medis, fisik, klinis, mental atau psikologis (selanjutnya disebut 'informasi medis') dari Tertanggung dari organisasi atau individu yang relevan termasuk namun tidak terbatas pada rumah sakit, klinik, dokter, terapis, dan organisasi lainnya atau perorangan yang akan atau telah melakukan pemeriksaan atau memberikan pelayanan medis apa pun (selanjutnya disebut "Penyedia Layanan Medis") atau organisasi lain yang memiliki catatan atau pengetahuan yang relevan atau informasi yang berkaitan dengan kondisi medis saya.

Data Privacy / Data Pribadi

By signing this claim form, hereby I grant authority, consent and permission to MSIG in the event of intending to use my personal data and information, including providing this personal information to other parties cooperating with MSIG and/or their authorized representative, as necessary, to facilitate my claim process.

Dengan menandatangani formulir klaim ini, dengan ini saya memberikan kuasa, persetujuan dan izin kepada MSIG dalam hal menggunakan data dan informasi pribadi saya kepada pihak lain yang bekerja sama dengan MSIG dan /atau perwakilan resmi, jika diperlukan, untuk memfasilitasi proses klaim saya.

The copy of this authorization shall be considered as effective and legitimate as the original.

Salinan dari surat kuasa ini dinyatakan sah and efektif sama seperti aslinya.

Date	Name and Signature of Claimant	Name and Signature of The Insured
Tanggal	Nama dan Tanda tangan yang mengajukan klaim	Nama dan Tanda tangan Tertanggung

.....

.....

.....