

PERAWATAN

Telah dirawat di Rumah Sakit oleh karena : Sakit Kecelakaan Lain-lain : _____

Tanggal : / / Jam : :
tanggal bulan tahun jam menit

Nama Dokter/Rumah Sakit yang merawat :

Berikan gambaran secara singkat dan jelas mengenai gejala / kejadiannya. Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi, tambahkan keterangan dilembar tersendiri

Mohon sebutkan nama Rumah Sakit / Klinik / Puskesmas yang pernah dikunjungi Tertanggung untuk menjalani pengobatan

KETERANGAN LAIN - LAIN

Apakah Tertanggung /Peserta Perokok ? Ya Tidak Sejak : / /
tanggal bulan tahun

Apakah Tertanggung/Peserta diasuransikan di perusahaan asuransi lain ? Ya Tidak

Nama Perusahaan Asuransi : _____ Nomor Polis :

Apakah Anda terdaftar sebagai wajib pajak di Negara lain ? Ya Tidak *) Jika Ya, Mohon isi Formulir CRS yang ada di website : <http://www.aia-financial.co.id>

PERMINTAAN PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI

Apabila klaim disetujui, pembayaran ditransfer ke :

Mata Uang : Rupiah USD

Nama Pemilik Rekening :

Bank / Cabang : _____

Nomor Rekening :

Tujuan atau alasan : _____
(Jika pembayaran tidak ke Tertanggung/Peserta/ Pemegang Polis)

Hubungan dengan Tertanggung/Peserta : _____

- Pembayaran harus ditujukan kepada Tertanggung/Peserta/Pemegang Polis. Jika tidak, mohon Tertanggung/Peserta/Pemegang Polis mengisi surat kuasa bermaterai disertai tujuan / alasannya.
 - Pembayaran Manfaat Polis selain Manfaat Meninggal bagi nasabah CITIBANK, akan ditransfer ke rekening sebagaimana tercantum dalam SPAJ / SKDR.

Saya menyatakan bahwa semua penjelasan di atas adalah lengkap dan benar

Ditandatangani di :

/ /
tanggal bulan tahun

_____ Tandatangani Tertanggung/Peserta/Pemegang Polis

_____ Tandatangan & Nama Saksi

Disi oleh petugas PT AIA FINANCIAL (cabang / distrik) :

Jenis klaim yang diajukan (pilih salah satu) :

Resiko B WP/LPS Plus Total Permanen Disability