TUGU MANDIRI
Life, Pension & Health Insurance

FORMULIR KLAIM
ASURANSI JIWA KUMPULAN

Nomor Polis : ☐☐☐☐☐☐☐ Nomor Peserta : ☐☐☐☐☐☐☐

Nomor Pegawai : ☐☐☐☐☐☐☐ Golongan : ☐☐

Nama Pegawai : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tempat/Tgl. Lahir : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Alamat : .....

..... Kode Pos ☐☐☐☐☐

Telepon Kantor ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐ Ext. ☐☐☐☐

Telepon Rumah ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐

Nama Istri/Suami/Ahli Waris : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tanggal Kalim : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Jenis Klaim : ☐ - → Kode Khusus Klaim

Catatan :

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

Mohon pembayaran klaim dibayarkan melalui :

Bank : ..... Valuta ☐ Dollar ☐ Rupiah

Cabang/Unit : .....

Nomor Rekening : .....

Atas Nama : .....

Mengetahui,
Pejabat Pemegang Polis

(.....)

Pekerja/Ahli Waris

(.....)

Nomor Telepon Personalia : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐ Ext. ☐☐☐☐

Lembar Putih. Bag. Perbendaharaan TM, Lembar Merah : Bag. Klaim, Lembar Kuning : Bag. Personalia / Ahli Waris
Note Dokumen pendukung klaim harap dilampirkan dalam rangkap dua.