

**FORMULIR PENGAJUAN KLAIM KETIDAKMAMPUAN TOTAL – ASURANSI KUMPULAN**  
**TOTAL DISABILITY CLAIM APPLICATION FORM – GROUP INSURANCE**

(Diisi oleh ahli waris /Add with beneficiary)

Yang bertandatangan di bawah ini / The undersigned :

**Data Termaslahat/Ahli Waris / Data Of The Beneficiary**

Nama Lengkap / Full Name	:												
Jenis kelamin / Sex	:	<input type="checkbox"/> Laki-laki / Male	<input type="checkbox"/> Perempuan / Female										
Tempat Tgl. Lahir/ Usia / Place and Date of Birth /Age	:	_____,		_____,		_____,		_____,		_____,		/	<input type="checkbox"/> _____ Tahun / Year
Alamat / Address	:												
Telepon / Telephone	:	Kantor / Office : _____					Rumah / Resident : _____						
Faksimili / Facsimile	:	HP / Cellular : _____					E-mail : _____						
Hubungan Dengan Tertanggung / peserta Relationship With Insured / Participant	:	<input type="checkbox"/> Anak / Child	<input type="checkbox"/> Istri / Wife	<input type="checkbox"/> Suami / Husband									
		<input type="checkbox"/> Lain-lain / other : _____											

**Menerangkan Dengan Sebenarnya, Bahwa / Trully Stated, That**

Nomor Polis / Policy Number	:												
Nama Lengkap Tertanggung / Full Name of Insured	:												
Jenis kelamin / Sex	:	<input type="checkbox"/> Laki-laki / Male	<input type="checkbox"/> Perempuan / Female										
Tempat Tgl. Lahir/Usia / Place and Date of Birth ;Age	:	_____,		_____,		_____,		_____,		_____,		/	<input type="checkbox"/> _____ Tahun / Year
Alamat / Address	:												
Telepon / Telephone	:	Rumah / Resident: _____					HP / Cellular : _____						
Pekerjaan / Occupation	:												
(Mohon cantumkan nama perusahaan/alamat dan noTlp / Name of Company / Position Address and Phone )	:												
Telah dirawat di Rumah Sakit oleh karena / Hospitalized due to	:	<input type="checkbox"/> Sakit / Illness	<input type="checkbox"/> Kecelakaan / Accident	<input type="checkbox"/> Lainnya / Other : _____									
Tanggal / Date	:	<input type="checkbox"/> _____					<input type="checkbox"/> _____						

Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain? / Is the Insured by other insurance companies? :  Ya / Yes  Tidak / No

Nama perusahaan asuransi / Name of insurer	Nomer Polis / policy Number

**Keterangan tambahan (wajib diisi), Semua keterangan yang diisi hanya untuk kepentingan PT. BNI Life Insurance :**

Apakah Tertanggung atau keluarga dekat Tertanggung sedang atau pernah memegang jabatan di pemerintahan baik di dalam negeri atau luar negeri ?

/ Have the Insured or their family ever been become officer in the local government or abroad ?  Ya / Yes  Tidak / No

Bila Ya, mohon mengisi pertanyaan berikut / If Yes, please answer the question below :

Nama / Name : \_\_\_\_\_ Institusi / Institution : \_\_\_\_\_

Posisi / Position : \_\_\_\_\_ Masa Jabatan / Term of service : \_\_\_\_\_

Negara / Country : \_\_\_\_\_ Hubungan dengan yang ditunjuk / wakil ahli waris : \_\_\_\_\_  
*Relationship with beneficiary*

Mohon diisi apabila yang ditunjuk / wakil ahli waris adalah pejabat yang bersangkutan / Please answer if the beneficiary is the officer :

Sumber dana / Resource of fund : \_\_\_\_\_

**PENERIMA MANFAAT / WAKIL AHLIWARIS / BENEFICIARY**

Tempat dan Tanggal / Place and Date

Tandatangan dan Nama / Signature and Name