



# CLAIM FORM

## PERSONAL INFORMATION

Agency	<input type="text"/>			
Sub-group	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Policy Number	<input type="text"/>			
Proof of Cover No.	<input type="text"/>			
Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<i>Salutation</i>	<i>Last Name</i>	<i>First Name</i>	<i>Middle Name</i>
Address	<input type="text"/>			
	<i>City/Municipality</i>	<input type="text"/>	<i>Region</i>	<input type="text"/>
	<i>Province</i>	<input type="text"/>	<i>ZIP Code</i>	<input type="text"/>
	<i>Civil Status</i>	<input type="text"/>	<i>Birth Date</i>	<input type="text"/>
	<i>Birth Place</i>	<input type="text"/>	<i>Age</i>	<input type="text"/>
	<i>TIN</i>	<input type="text"/>	<i>SSS No.</i>	<input type="text"/>
Contact Nos.	<i>Home</i>	<input type="text"/>	<i>Office</i>	<input type="text"/>
	<i>Fax</i>	<input type="text"/>	<i>Mobile</i>	<input type="text"/>
	<i>E-mail</i>	<input type="text"/>		

## PASSPORT DETAILS

Name on Passport	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<i>Salutation</i>	<i>Last Name</i>	<i>First Name</i>	<i>Middle Name</i>
	<i>Passport No.</i>	<input type="text"/>		
	<i>Issued On</i>	<input type="text"/>	<i>Issued At</i>	<input type="text"/>

## TYPE OF CLAIM

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Accidental Death         | <input checked="" type="checkbox"/> Subsistence Allowance        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Natural Death            | <input checked="" type="checkbox"/> Money Claims                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Permanent Total          | <input checked="" type="checkbox"/> Compassionate Visit          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Repatriation Claim       | <input checked="" type="checkbox"/> Emergency Medical Evacuation |
| <input checked="" type="checkbox"/> Return of Mortal Remains | <input checked="" type="checkbox"/> Medical Repatriation         |

## AGENCY DETAILS

Agency Name	<input type="text"/>			
Address	<input type="text"/>			
	<i>City/Municipality</i>	<input type="text"/>	<i>Region</i>	<input type="text"/>
	<i>Province</i>	<input type="text"/>	<i>ZIP Code</i>	<input type="text"/>
Association	<input type="text"/>			
Contact Nos.	<i>Home</i>	<input type="text"/>	<i>Office</i>	<input type="text"/>
	<i>Fax</i>	<input type="text"/>	<i>Mobile</i>	<input type="text"/>
	<i>E-mail</i>	<input type="text"/>		
Agent	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<i>Salutation</i>	<i>Last Name</i>	<i>First Name</i>	<i>Middle Name</i>

## WORK DETAILS

Company Name	<input type="text"/>			
Address	<input type="text"/>			
	<i>Country</i>	<input type="text"/>	<i>Industry</i>	<input type="text"/>
Nature of Business	<input type="text"/>			<i>Mo. Compensation</i>
Designation	<input type="text"/>			<input type="text"/>
T.O.C.	<i>From</i>	<input type="text"/>	<i>To</i>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<i>Contract Year</i>	<input type="text"/>
			<i>Currency</i>	<input type="text"/>

## BENEFICIARY(IES)

Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<i>Last Name</i>	<i>First Name</i>	<i>Middle Name</i>	<i>Remarks</i>
	<i>Relationship</i>	<input type="text"/>	<i>Date of Birth</i>	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<i>Last Name</i>	<i>First Name</i>	<i>Middle Name</i>	<i>Remarks</i>
	<i>Relationship</i>	<input type="text"/>	<i>Date of Birth</i>	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<i>Last Name</i>	<i>First Name</i>	<i>Middle Name</i>	<i>Remarks</i>
	<i>Relationship</i>	<input type="text"/>	<i>Date of Birth</i>	<input type="text"/>

\* If applicant is single, up to three (3) names of immediate family members may be entered.

SIGNATURE \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

WITNESS \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_