



CCT MUTUAL BENEFIT ASSOCIATION INC.
BLIP NOTICE OF CLAIM FORM

PATOTOO: Ipinapaalam at kinukumpirma ko na ang mga nakasulat sa ibaba ay totoo at tama, ayon sa aking kaalaman.

Pangalan at Lagda ng Claimant/Beneficiary

Petsa

Telepono

Kukumpletuhin ng Claimant/Benefeciary	
Pangalan ng Nakaseguro:	Uri ng Kliyente:
Sanhi ng Kamatayan:	Petsa ng Pagkamatay:
Buod ng Pangyayari:	

----- Mangyaring huwag magsulat sa ibaba. Para lamang sa CCT MBA/COOP staff -----

Gagampanan ng Team Servant	
Sangay:	Petsa ng Pagsapi:
Kabuuang bilang ng taon na nakaseguro sa CCT Coop:	

Pinapatunayan ko na aking nasuri at nabalido ang lahat ng nakasulat sa papel na ito.

Pangalan at Lagda ng Team Servant

Petsa

Telepono

Mga kailangang Ipasa:	
<ol style="list-style-type: none"> Certificate of Membership Notice of Claim Form Registered Death Certificate Claimant's Valid ID (alinman sa SSS ID, GSIS ID, Driver's License, COMELEC Voter's ID, Postal ID, BIR TIN) Proof of Relationship of the Claimant to the Insured Individual. Police Report (kung aksidente) 	Patunay ng relasyon ng claimant/beneficiary sa namatay: <ul style="list-style-type: none"> - Kung asawa = Registered Marriage Certificate - Common Law Spouse = Affidavit of Cohabitation - Kung anak ng Principal = Registered Birth Certificate of Child - Kung magulang ng Principal = Registered Birth Certificate of Insured - Kung kapatid ng Principal = Registered Birth Certificate of Insured and Sibling