

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM ASURANSI
Asuransi Jiwa Syariah Kumpulan

BISMILLAAHIRRAHMAANIRRAHIIM

HARAP DIISI DENGAN LENGKAP DAN BENAR MENGGUNAKAN HURUF CETAK

DATA PESERTA

Untuk mempercepat proses klaim, mohon semua pertanyaan dibawah ini diisi dengan benar, lengkap, dan jelas sebagai berikut :

Data Pengaju Klaim :

- 1 Nama Pemegang Polis : _____
- 2 Alamat : _____
- Kode Pos : _____ Telepon: _____
- Email : _____
- 3 Hubungan dengan Peserta : Nasabah/Karyawan/Anggota/Lain-lain : _____ *)

Menerangkan dengan sebenarnya, bahwa Peserta :

Data Peserta :

- 1 Nama Lengkap : _____ (Laki-laki/Perempuan) *)
- 2 Nama Kecil / Alias : _____
- 3 No. Polis : _____
- 4 No. Peserta : _____
- 5 Tempat/Tgl. Lahir : _____ / _____
- 6 Alamat : _____
- 7 No. Telepon/ HP : _____
- 8 Nomor Identitas : _____ (KTP/Lainnya)*)
- 9 Pekerjaan : _____
- 10 Telah mengalami musibah : Meninggal Dunia / Sakit / Kecelakaan *)
- 11 Pada Hari / Tgl. : _____
- 12 Nama dan Tempat Kejadian : _____

JENIS KLAIM

- ☐ Meninggal Dunia Sakit ☐ Perawatan
- ☐ Meninggal Dunia Kecelakaan ☐ Rawat Inap
- ☐ Cacat Tetap Total/Sebagian

DOKUMEN PERSYARATAN KLAIM

Check list dokumen klaim yang dilampirkan :

- ☐ Foto Copy Identitas Peserta (KTP, SIM, Passpor) yang masih berlaku
- ☐ Copy Kartu Keluarga
- ☐ Formulir Keterangan Ahli Waris
- ☐ Surat Keterangan Meninggal Dunia dari Pemerintah daerah setempat, minimal dari kelurahan / desa (asli atau copy yang telah dilegalisir)
- ☐ Laporan Kecelakaan dari Kepolisian (meninggal dunia disebabkan karena kecelakaan/tidak wajar)
- ☐ Formulir Keterangan Dokter Untuk Klaim Meninggal Dunia (jika meninggal dunia dalam perawatan Dokter/RS)
- ☐ Formulir Keterangan Dokter Untuk Klaim Perawatan Rumah Sakit
- ☐ Formulir Keterangan Dokter Untuk Klaim Pengobatan dan Perawatan Akibat Kecelakaan
- ☐ Formulir Keterangan Dokter Khusus Klaim Cacat Tetap dan Total / Sebagian
- ☐ Formulir Klaim Untuk Cacat Tetap dan Total / Sebagian (diisi oleh Peserta)
- ☐ Daftar Sisa Outstanding Peserta dari Lembaga Keuangan

- ☐ Surat keterangan dari KBRI setempat dalam hal Meninggal Dunia di luar negeri
- ☐ Kwitansi Asli Biaya Pengobatan
- ☐ Copy Resep Pengobatan dari Dokter
- ☐ Rincian Biaya Pengobatan dari Dokter atau Rumah Sakit
- ☐ Foto Copy Kartu Asuransi
- ☐ Foto Copy KTP Ahli Waris & Kartu Keluarga Ahli Waris
- ☐ Laporan Buku Tabungan Peserta

CARA PEMBAYARAN KLAIM

- ☐ Transfer via Bank
 - Nama Bank : _____ Cabang _____
 - Alamat Bank : _____
 - No Rekening : _____ Atas Nama _____
- ☐ Lain-lain : _____

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, dan memberikan semua keterangan yang terdapat dalam formulir klaim ini dengan lengkap, benar dan sejujurnya. Apabila seluruh keterangan/ informasi sehubungan dengan klaim tersebut terdapat unsur pemalsuan atau penipuan atau mendiamkan, menyembunyikan atau memberikan keterangan/ informasi yang salah secara fakta maupun kenyataan yang sebenarnya, maka polis menjadi batal dan semua hak untuk mendapatkan ganti rugi berdasarkan polis ini untuk klaim yang lalu maupun yang akan datang menjadi hilang/hangus/gugur dengan sendirinya.

Dengan ini saya menyatakan membebaskan PT. Asuransi Syariah Keluarga Indonesia, dari segala kewajiban dan tuntutan apapun, yang timbul dikemudian hari, dari pihak manapun dan dengan alasan apapun, bilamana dana klaim telah saya terima secara efektif pada rekening bank tersebut pada pengajuan ini.

Pemegang Polis/ Pengaju Klaim *)

Nama dan tanda tangan serta stempel lembaga

*) Coret yang tidak perlu