



**FORMULIR KLAIM KETERANGAN AHLI WARIS
PT AJS AMANAHJIWA GIRI ARTHA
MENINGGAL DUNIA BUKAN KARENA KECELAKAAN**

AGAFRM_KLAIM_005.V1

Formulir ini harus dilengkapi oleh pihak yang mengajukan klaim dan dikembalikan kepada Penanggung disertai Surat Keterangan Dokter untuk Klaim Meninggal yang telah diisi oleh dokter yang merawatnya

R A H A S I A

Namar Palis :
Peserta :

DATA PIHAK YANG DIASURANSIKAN (Almarhum/ah)

1. Nama Lengkap :
2. Tempat, tgl. lahir : , - - Jenis Kelamin : Pria / Wanita *
3. Alamat :
Kata Na. RT/RW /
Kode Pos Na. Telp -

4. Pekerjaan :
Perusahaan - Na. Telp -
Alamat

5. Tanggal dan tempat meninggal

6. Sebab kematian

7. Riwayat Penyakit
a. Tanggal diagnosa pertama kali atas penyakit penyebab kematian

b. Sebutkan penyakit-penyakit lain yang pernah diderita termasuk sejak kapan diderita dan tempat berkonsultasi / mendapat perawatan.

Jenis Penyakit	Diderita Sejak	Nama dan Alamat Dokter / Rumah Sakit

8. Hubungan pengaju dengan Almarhum/ah?

9. Polis Asuransi dari Perusahaan Asuransi Jiwa lain yang dimiliki

PERUSAHAAN	NOMOR POLIS	UANG ASURANSI

Tanggal - - Alamat / Na. telp
Nama
Tanda tangan

Catatan :
- * Caret yang tidak perlu
- Formulir ini harus diisi oleh Ahli Waris / Yang Ditunjuk sebagai kelengkapan Surat Permahanan Klaim Asuransi Jiwa PT AJS Amanah Githa
- Formulir ini harus disertai syarat - syarat pengajuan klaim lainnya.

SURAT KUASA PEMBERIAN REKAM MEDIS

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Umur : Tahun

Alamat :

No.KTP/ID :

Hubungan dengan Pihak Yang Diasuransikan (Almarhum/ah) :

Saya memberi kuasa kepada PT Asuransi Jiwa Syariah Amanahjiwa Giri Artha untuk mendapatkan informasi atau data medis (antara lain yang saya sebutkan pada kolom di bawah ini) dari semua dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi atau pihak-pihak lain yang terkait sehubungan dengan pengajuan klaim asuransi jiwa ini. Saya setuju salinan surat ini berlaku sama kuatnya seperti asli.

Tanggal

Tandatangan