



F011R02-0200

**FORMULIR ISIAN KLAIM ASURANSI
KETERANGAN KEMATIAN
(Diisi oleh Keluarga / ahli waris)**

A

| <i>PENTING</i> | | | |
|---|-------------|--|---|
| ♦ Lengkapi formulir ini dengan jelas ♦ Beri tanda ✓ pada kotak yang anda pilih | | | |
| Nama Pemegang Polis | | No. Polis <input style="width: 40px;" type="text"/> | |
| Nama Tertanggung | Umur | Tgl. Lahir Tgl. <input style="width: 20px;" type="text"/> | Bulan <input style="width: 20px;" type="text"/> Tahun <input style="width: 20px;" type="text"/> |
| Pekerjaan Tertanggung | | | |
| Meninggal dunia pada hari | | tanggal | jam |
| Meninggal di | | <input type="checkbox"/> Rumah <input type="checkbox"/> Rumah Sakit <input type="checkbox"/> | |
| Dokter yang merawat | | Alamat dokter / Rumah Sakit | |
| <i>SEBAB-SEBAB MENINGGAL DUNIA BILA DISEBABKAN OLEH PENYAKIT</i> | | | |
| Sebutkan gejala awal yang diderita | | Tgl. Gejala/penyakit mulai diderita Tgl. <input style="width: 20px;" type="text"/> | |
| | | Bulan <input style="width: 20px;" type="text"/> Tahun <input style="width: 20px;" type="text"/> | |
| | | Tgl. pertama kali konsultasi ke dokter Tgl. <input style="width: 20px;" type="text"/> | |
| | | Bulan <input style="width: 20px;" type="text"/> Tahun <input style="width: 20px;" type="text"/> | |
| Nama & alamat dokter yang merawat pertama kali | | Nama penyakit yang diderita | |
| <i>BILA DISEBABKAN OLEH KECELAKAAN</i> | | | |
| Hari/Tanggal kecelakaan | | | |
| Lokasi kecelakaan | | | |
| <i>RIWAYAT KESEHATAN</i> | | | |
| Penyakit yang pernah diderita | | | |
| | Tanggal | Nama penyakit | Nama & alamat dokter / RS yang merawat |
| a. | | | |
| b. | | | |
| c. | | | |
| Nama dan alamat dokter yang pernah dikunjungi dalam 5 tahun terakhir | | | |
| | Nama dokter | Alamat | |
| a. | | | |
| b. | | | |
| c. | | | |
| <i>DATA ASURANSI LAIN</i> | | | |
| Asuransi lain yang dimiliki | | | |
| | No. Polis | Uang pertanggungan | Nama & alamat perusahaan asuransi |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| <i>PERNYATAAN KELUARGA / AHLI WARIS</i> | | | |
| Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar . Selanjutnya dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi atau perusahaan, badan, lembaga atau orang lain yang mempunyai catatan / riwayat kesehatan Almarhum / Almarhumah untuk memberikan keterangan kepada AIA FINANCIAL atau wakil-wakilnya . | | Ditandatangani di | |
| | | Tanggal | |
| Salinan fotocopy dari kuasa ini sama sah dan berlaku seperti aslinya. | | Nama Jelas | |
| | | Hubungan Keluarga | |