BUKTI-BUKTI MENINGGAL DUNIA
PT AVRIST ASSURANCE

avrist
Advancing Life

Pernyataan Bagian 1

Pernyataan Yang Mengajukan Klaim

A. DATA TERTANGGUNG	
1. Nomor Polis	
2. Nama Almarhum/ah *	
3. a. Tempat dan tanggal lahir Almarhum/ah b. Sumber tanggal kelahiran didapat dari (surat lahir, catatan keluarga atau catatan lainnya)	a. Tempat _____ Tanggal _____ b. _____
4 Alamat rumah ketika meninggal	
5. Pekerjaan terakhir	
6. a. Tanggal dan tempat meninggal b. Sebab Kematian	a. Tempat _____ Tanggal _____ b. _____
B. DATA AHLI WARIS YANG MENGAJUKAN KLAIM	
1. Nama *	
2. Tempat dan tanggal lahir	Tempat _____ Tanggal _____
3. No. KTP/SIM/Paspor	
4. Alamat	
5. Hubungan dengan Almarhum/ah	
6. Apakah tinggal satu rumah dengan Tertanggung ? **	☐ Ya ☐ Tidak, (jika "Tidak" Avrist berhak meminta dokumen tambahan bilamana diperlukan)
7. Sebutkan bilamana ada ahli waris lainnya	

C. INFORMASI KLAIM

1. a. Kapan Almarhum/ah untuk pertama kalinya menunjukkan gejala penyakit terakhir? b. Kapan Almarhum/ah untuk pertama kalinya konsultasi/ berobat ke Dokter untuk penyakitnya yang terakhir?	a. Tanggal b. Tanggal

2. Pada tanggal berapa Almarhum/ah terakhir masuk kerja?

3. Adakah surat keterangan sebab kematian dari polisi atau surat visum et repertum dari dokter yang berwenang?
(Jika ada, mohon dilengkapi sebagai bukti)

4. Nama dan alamat semua dokter yang pernah merawat dan Rumah sakit selama Almarhum/ah dirawat dalam kurun waktu 3 tahun terakhir:

Nama Dokter/Rumah Sakit	Alamat	Tanggal Rawat	Penyakit Yang Diderita

5. Polis asuransi jiwa/kecelakaan yang dimiliki Almarhum/ah di perusahaan lain

Perusahaan	Tanggal Polis	Jumlah Uang Pertanggungan

D. KRONOLOGIS KEMATIAN (JIKA ALMARHUM/AH MENINGGAL DI RUMAH)

Sehubungan dengan kematian Almarhum/ah, dan untuk kepentingan pengajuan klaim di PT Avrist Assurance, maka dengan ini saya/kami sebagai pihak ahli waris/keluarga menerangkan bahwa saya/kami menyampaikan dengan sebenar-benarnya kronologis sebelum kematian Almarhum/ah adalah sebagai berikut:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

* Melampirkan fotokopi kartu identitas yang masih berlaku
** Beri tanda (√)

ver2/cl-ops/2016

E. PERNYATAAN

"Saya selaku ahli waris/selaku pihak yang mewakili para ahli waris dengan ini menyatakan dan menjamin kebenaran dan kelengkapan seluruh atau informasi yang telah Saya berikan diatas, sehingga keterangan atau informasi tersebut dapat dipertanggungjawabkan secara hukum.

Selanjutnya, saya juga memahami bahwa (i) Avrist berhak untuk melakukan verifikasi terhadap keterangan dan informasi yang telah saya sampaikan, (ii) Avrist berhak untuk melakukan penelusuran (mendatangi atau melakukan surat menyurat) ke Rumah Sakit/Klinik atau Laboratorium atau tempat lainnya yang menurut Avrist diperlukan, (iii) Avrist berhak meminta dokumen-dokumen lainnya (apabila diperlukan) untuk memproses klaim yang diajukan, (iv) Avrist berhak sepenuhnya memiliki dokumen klaim yang telah diserahkan, dan (v) formulir ini dan/atau formulir lainnya terkait dengan klaim yang diajukan bukan merupakan dan tidak dapat dianggap sebagai bentuk pesetujuan dari Avrist untuk membayar klaim.

Demikian Pernyataan ini Saya buat sesuai dengan keadaan yang sebenarnya, dan dalam keadaan sehat tanpa adanya paksaan dari pihak manapun juga. Dan apabila baik saat ini maupun dikemudian hari ditemukan bahwa pernyataan dan keterangan sebagaimana tersebut di atas tidak benar atau dalam segala aspek salah, maka Saya bersedia membebaskan Avrist dari segala tuntutan atau gugatan atau permintaan ganti rugi dari pihak-pihak yang merasa memiliki kepentingan, lebih lanjut lagi Saya dengan ini bersedia menanggung segala bentuk kerugian yang dialami oleh Avrist sebagai akibat pernyataan dan keterangan yang tidak benar tersebut."

Ditandatangani di _____ , _____ (Tgl/Bln/Thn)

Pemegang Polis
Cap &Tanda Tangan

Yang mengajukan klaim
Tanda Tangan

Nama Lengkap :

Nama Lengkap

BUKTI-BUKTI MENINGGAL DUNIA
PT AVRIST ASSURANCE

Pernyataan No. 2

Keterangan Dokter

Nama Almarhum/ah yang jiwanya dipertanggungkan

1. A. Nomor identitas diri Almarhum/ah dari catatan Anda	A.
B. Tanggal dan tempat pada waktu meninggal	B.
C. Pekerjaan	C.
2. A. Apakah Anda dokter yang biasa merawat Almarhum/ah?	A.
B. Jika benar, sudah berapa lama?	B.
C. Jika tidak, berikan nama dari dokter yang biasa merawatnya jika Anda mengetahuinya	C.
D. Berikan nama dan alamat dari dokter-dokter lain yang sepengetahuan Anda pernah merawat Almarhum/ah selama 3 tahun terakhir ini	D.
E. Apakah Anda merawat Almarhum/ah selama penyakitnya yang terakhir ini? Jika benar, apakah keluhannya?	E.
F. Pada tanggal berapakah Anda pertama kali bertemu dan merawat Almarhum/ah untuk penyakit ini?	F.
G. Apakah Anda hadir pada waktu meninggalnya? Jika tidak, pada tanggal berapa Anda terakhir merawat Almarhum/ah?	G.
H. Apakah Anda pernah merawat Almarhum/ah untuk penyakit lain? Jika benar, apa keluhannya dan kapan perawatan terjadi?	H.
3. A. Apa sebab utama meninggalnya dan berapa lama penyakitnya telah berlangsung?	A.
B. Penyakit utama lain manakah yang diderita Almarhum/ah dan berapa lamanya?	B.
4. Berapa lama Almarhum/ah dirawat di rumah sakit, tinggal di rumah atau berhalangan untuk hadir di pekerjaan?	
5. Apakah ada pengaruh lain dari sebab-sebab kematian Almarhum/ah karena kebiasaannya (menggunakan alkohol, obat bius, dsb), riwayat keluarga, pekerjaan atau penyakit sebelumnya?	
6. Berikan keterangan tambahan lainnya yang Anda rasa ada hubungannya	

Saya dengan ini menyatakan bahwa semua jawaban-jawaban di atas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan saya.

Nama _____

Alamat _____

Keahlian _____

Tanda tangan _____

Tanggal _____