PAHAMI & MILIKI SURANSI SYARIAH

CAR Syariah Life Insurance

RAHASIA

Untuk Perhatian : **CLAIM PROCESS DEPARTEMENT**

A. KLAIM MANFAAT MENINGGAL

Dengan hormat,

Melalui surat ini, saya melaporkan perihal tersebut di atas dengan penjelasan-penjelasan di bawah ini:

1	(a) Nomor Polis	(a) .....
	(b) Nama Pemegang Polis	(b) .....
	(c) Nama Peserta	(c) .....
	(d) Tanggal lahir Peserta	(d) .....
2	(a) Nama yang mengajukan klaim	(a) .....
	(b) NIK (Nomor Induk Kependudukan)	(b) .....
	(c) Alamat	(c) .....
	(d) Nomor telepon	(d) .....
	(e) Hubungan dengan Peserta	(e) .....
3	(a) Jumlah uang pertanggungan	(a) .....
	(b) Tanggal dan tempat Peserta meninggal	(b) .....
	(c) Sebab meninggal	(c) .....
	(d) Dalam hal meninggal karena menderita sakit, sebutkan nama penyakitnya	(d) ....
4	(a) Apakah pernah memperoleh perawatan / pengobatan untuk sakitnya yang terakhir ini?	(a) ....
	(b) Sebutkan nama dan alamat para dokter yang memberikan perawatan / pengobatan untuk sakitnya yang tersebut (a) di atas	(b) ....

Yang bertanda tangan di bawah ini sebagai Penerima Manfaat dan/atau Yang Ditunjuk (*Beneficiaries*) atau penerima kuasa (lampirkan Surat Kuasa), mengajukan klaim kepada PT AJ Central Asia Raya Syariah atas polis tersebut di atas dan menyatakan bahwa keterangan yang diberikan adalah dengan sesungguhnya. Selanjutnya saya menyetujui: bahwa keterangan / pernyataan tertulis dari (para) dokter yang merawat / mengobati Peserta dan bahan-bahan lain yang dianggap perlu oleh PT AJ Central Asia Raya Syariah merupakan dasar dan bagian dari bukti mengenai meninggalnya Peserta; bahwa dengan diberikannya formulir ini atau formulir lainnya sebagai pelengkap oleh PT AJ Central Asia Raya Syariah tidak memastikan / dapat dianggap disetujui pembayaran manfaat asuransi.

Saya bersedia memberikan kuasa kepada PT AJ Central Asia Raya Syariah bilamana diperlukan oleh PT AJ Central Asia Raya Syariah untuk mendapatkan bukti-bukti yang cukup.

Apabila klaim ini valid, mohon ditransfer ke rekening : *)

Nama Bank : .....

Cabang Bank : .....

Kota : .....

Nomor Rekening : .....

Nama Pemilik Rekening : .....

....., tanggal .....

Yang mengajukan klaim,

(.....)

**) Bila nama pemilik rekening berbeda dengan nama Penerima Manfaat dan/atau Yang Ditunjuk (Beneficiaries) maka harus disertai dengan surat kuasa bermeterai dari Pemegang Polis kepada pemilik rekening bank.*

B. KLAIM MANFAAT KESEHATAN / SANTUNAN TUNAI HARIAN / PENYAKIT KRITIS

1 Keterangan mengenai sebab perawatan	
(a) Tanggal dan jam mulai perawatan	(a) .....
(b) Tempat dilakukan perawatan	(b) .....
	.....
(c) Sebab-sebab dilakukan perawatan	(c) .....
- Dalam hal sakit atau penyakit, sebutkan	.....
	.....
- Dalam hal cedera tubuh, sebutkan letak cedera	.....
dan parahnya cedera	.....
(d) Dirawat sampai dengan (tanggal dan jam)	(d) .....
	.....
(e) Sebutkan nama dokter yang merawat	(e) .....
(f) Sebutkan nama Rumah Sakit / Fasilitas Layanan Kesehatan tempat perawatan	(f) ....

C. KLAIM MANFAAT KECELAKAAN

2 Keterangan mengenai kecelakaan:	
(a) Kapan terjadinya?	(a) pada hari : .....Tgl. : ..... Jam : .....
(b) Dimana terjadinya?	(b) .....
(c) Bagaimana terjadinya?	(c) .....
(d) Tertanggung sedang melakukan apa pada saat itu?	(d) ....
(e) Jelaskan sifat dan parahnya cedera yang dialami Peserta (bila cedera terjadi pada tangan atau kaki, harap disebutkan bagian KIRI atau KANAN)	(e) ....
(f) Sebutkan nama & alamat yang menyaksikan kecelakaan yang menimpa peserta	(f) ....
3 (a) Sebutkan nama dan alamat dokter yang merawat	(a) .....
(b) Apakah Peserta biasa pergi kepadanya bila berobat / konsultasi ?	(b) ....
4 (a) Apakah Peserta pernah mendapat ganti kerugian karena kecelakaan? kapan dan berapa jumlahnya?	(a) ....
(b) Apakah Peserta juga diasuransikan pada perusahaan lain untuk kecelakaan? Pada perusahaan mana dan berapa uang pertanggungannya?	(b) ....

Dengan ini saya menerangkan, bahwa pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas, saya jawab dengan sesungguhnya dan saya sadar bahwa bila keterangan tersebut tidak benar atau saya dengan sengaja menjawab dengan tidak benar, hak saya untuk menerima manfaat asuransi berdasarkan polis akan hilang.

Saya bersedia memberikan kuasa kepada PT AJ Central Asia Raya Syariah bilamana diperlukan oleh PT AJ Central Asia Raya Syariah untuk mendapatkan bukti-bukti yang cukup.

Apabila klaim ini valid, mohon ditransfer ke rekening : *)

Nama Bank : .....
Cabang Bank : .....
Kota : .....
Nomor Rekening : .....
Nama Pemilik Rekening : .....

....., tanggal .....

Yang mengajukan klaim,

(.....)

**) Bila nama pemilik rekening berbeda dengan nama Penerima Manfaat dan/atau Yang Ditunjuk (Beneficiaries) maka harus disertai dengan surat kuasa bermeterai dari Pemegang Polis kepada pemilik rekening bank.*