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.*

SURAT KUASA
(Letter of Proxy)

[Dalam hal pemohon klaim bukan Pemegang Polis atau Peserta, Kuasa yang telah diisi lengkap dan ditandatangani wajib dilampirkan saat mengajukan klaim. *If the claimant is not The Policy Holder or The Insured, this completed & signed proxy shall be attached when filing a claim]*

Yang bertanda tangan di bawah ini, / *The Undersigned,*

Nama / *Name* **:**

NIK / ID NUMBER **:**

Alamat / *Address* **:**

Hubungan dengan Peserta / *Relationship with The Insured* **:**

Nama Peserta / *The Insured* **:**

Dengan ini memberikan kuasa kepada dokter, klinik, rumah sakit, perusahaan asuransi, institusi, lembaga dan/atau organisasi dan/atau perorangan yang mengetahui mengenai riwayat kesehatan Peserta untuk memberikan keterangan kepada PT AJ Central Asia Raya Syariah atau yang mewakilinya, seluruh informasi yang berkaitan dengan penyakit atau cidera tubuh, riwayat penyakit, konsultasi, pengobatan dan perawatan yang diberikan, serta salinan dari seluruh rekam medis yang berhubungan dengan diri Peserta.

Hereby grant any physician, clinic, hospital, insurance company, institution, organization and/or individual who has attended, examined, or has health history of The Insured to furnish PT AJ Central Asia Raya Sharia or its authorize representative, any and all informations regarding to any sickness or injury, medical history, consultation prescription or treatment, and copies of all hospital or medical records of The Insured.

Salinan atau fotokopi Kuasa ini sesuai aslinya dinyatakan sama dan sah seperti aslinya.
Copy of the original proxy shall be considered valid.

....., ...

Materai

(Tanda Tangan & Nama Jelas /
Signature & Name)

Mohon untuk mencantumkan *copy* Kartu Tanda Penduduk (KTP) pemberi kuasa pada dokumen ini.
Please attach a copy of proxy granter ID Card on the document.

Formulir Klaim – Pemegang Polis dan/atau Peserta

SURAT PERNYATAAN KEABSAHAN DATA

Saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama :

NIK :

Alamat :

Nomor Polis :

Nama Penerima Manfaat :

Bersama ini menyatakan hal-hal sebagai berikut:

1. Saya sebagai Pemegang Polis / Peserta memahami bahwa saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (*utmost good faith*) dalam (i) pengajuan permohonan asuransi syariah, permohonan Pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis, dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesui dengan keadaannya); dan (ii) pengajuan klaim Manfaat Asuransi Syariah (**"Permohonan Konsumen"**). Oleh karena itu, Saya memahami bahwa Saya wajib, dan telah mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan PT AJ Central Asia Raya Syariah dalam menerima atau menolak suatu Permohonan Konsumen dan/atau menetapkan jumlah Kontribusi.

2. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan ("**Informasi Konsumen**") dalam SPAJS, formulir Pemulihan Polis, formulir perubahan Polis, formulir klaim Manfaat Asuransi Syariah serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh PT AJ Central Asia Raya Syariah ("**Dokumen Permohonan**") sebagai bagian dari pengajuan Permohonan Konsumen adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja.

3. Apabila Informasi Konsumen tersebut dalam butir (2) ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Klaim ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika PT AJ Central Asia Raya Syariah melakukan hal-hal berikut ini:
   a. Menolak setiap Klaim Manfaat Asuransi Syariah yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi Syariah;
   b. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi Syariah / Polis Dasar / Asuransi Syariah Tambahan / Polis Tambahan), dengan pengembalian Kontribusi (atau Biaya Asuransi Syariah dari Asuransi Syariah / Asuransi Syariah Tambahan, sebagaimana relevan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan Kesehatan (jika ada), Manfaat Asuransi Syariah yang telah dibayarkan (jika ada) dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);

c. Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi Syariah / Asuransi Syariah Tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi Syariah, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya juga menyetujui bahwa PT AJ Central Asia Raya Syariah hanya akan membayarkan Nilai Tunai (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi), jika ada.

d. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Polis Dasar dan/atau setiap Asuransi Syariah / Polis Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan manfaat asuransi syariah, dan/atau menyesuaikan jumlah Kontribusi ataau Biaya Asuransi Syariah yang harus dibayar; dan/atau

e. Menagih kekurangan Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi Syariah dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi Syariah yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. PT AJ Central Asia Raya Syariah juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan (Nilai Tunai) yang ada dalam Polis Saya dan/atau Manfaat Asuransi Syariah yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi Syariah.

4. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:

   a. Penandatanganan Formulir Klaim ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh PT AJ Central Asia Raya Syariah jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 3; dan

   b. Saya setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.

....., ...

(Tanda Tangan dan Nama Jelas)

Formulir Klaim – Penerima Manfaat (atau pihak lain yang tidak pernah menandatangani SPAJ)

SURAT PERNYATAAN KEABSAHAN DATA

Saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Penerima Manfaat :

NIK :

Alamat :

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

Sehubungan dengan pengajuan manfaat asuransi atas polis tersebut di atas, bersama ini Saya/Kami menyatakan hal-hal sebagai berikut:

1. Saya/kami* menyatakan dan memahami bahwa sebagai bagian dari proses pengajuan (permohonan asuransi syariah / Pemulihan Polis / perubahan Polis) dan keberlangsungan Polis, Pemegang Polis, Peserta, Pembayar Kontribusi dan/atau pihak terkait lainnya telah memberikan data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta kepada PT AJ Central Asia Raya Syariah, sebagaimana tercantum dalam SPAJS, formulir Pemulihan Polis, formulir perubahan Polis serta setiap formulir dan dokumen lainnya (termasuk setiap dokumen atau formulir yang diberikan kepada PT AJ Central Asia Raya Syariah setelah berlakunya Polis) ("**Dokumen Permohonan**"), yang mana yang sesuai dengan keadaannya (seluruhnya disebut sebagai "**Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya**").

2. Saya/kami dengan ini menyatakan bahwa Saya/kami tidak berhak dan tidak akan membantah, menyanggah, mempertanyakan dan/atau mempermasalahkan kebenaran Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya. Saya juga menyatakan bahwa Saya menerima seluruh ketentuan Polis (termasuk Endosemen, jika ada).

3. Saya/kami menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya/kami berikan dalam formulir klaim ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh PT AJ Central Asia Raya Syariah sebagai bagian dari pengajuan permohonan klaim Manfaat Asuransi ("**Informasi Konsumen**"), adalah lengkap, benar, akurat, terkini dan sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya/kami sembunyikan.

4. Apabila sebagian atau seluruh (i) Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya; dan/atau (ii) Informasi Konsumen ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang Saya/kami sembunyikan, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika PT AJ Central Asia Raya Syariah melakukan hal-hal berikut ini:
   a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi Syariah yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asruansi Syariah;
   b. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menyesuaikan uang

CAR/248/01/2026/001

pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Kontribusi atau Biaya Asuransi Syariah yang harus dibayar; dan/atau

c. Menagih kekurangan Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi Syariah dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi Syariah yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. PT AJ Central Asia Raya Syariah juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Investasi yang ada dalam Polis dan/atau Manfaat Asuransi Syariah yang akan dibayarkan.

**Saya/Kami = Penerima manfaat atau pihak lain yang tidak pernah menandatangani SPAJ*

....., ...

(Tanda Tangan dan Nama Jelas)