FORMULIR ISIAN KLAIM ASURANSI MIKRO "WARISANKU"

KETERANGAN MENINGGAL DUNIA

(Diisi oleh Keluarga / ahli waris)

Nomor Aktivasi : ☐☐☐☐☐☐

Nama Tertanggung : ..... Umur : ☐☐ Tgl. Lahir : ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Alamat Tertanggung : .....

.....

Meninggal dunia pada : Hari : ..... Jam ..... Tgl. ☐☐ Bln. ☐☐ Th. ☐☐☐☐

Meninggal di : ☐ Rumah ☐ Rumah Sakit ☐ Lainnya, sebutkan : .....

Nama Rumah Sakit : ..... Nomor Telepon Rumah Sakit : .....

Dokter yang merawat : .....

Alamat dokter / Rumah Sakit : .....

.....

SEBAB-SEBAB MENINGGAL DUNIA

BILA DISEBABKAN OLEH KECELAKAAN

Hari / Tanggal kecelakaan : Hari : ..... Tgl. ☐☐ Bln. ☐☐ Th. ☐☐☐☐

Lokasi Kecelakaan : .....

Uraikan hal ikhwal tentang kecelakaan itu : .....

.....

BILA DISEBABKAN OLEH PENYAKIT

Nama penyakit yang diderita : .....

PERNYATAAN KELUARGA / AHLI WARIS

1. Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan sejujur-jujurnya dan sesuai dengan keadaan sebenarnya.
2. 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 PT Asuransi Astra Buana atau wakil-wakilnya.

Ditandatangani di : .....

Tanggal : ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Tanda Tangan :

Nama Jelas : .....

Hubungan Keluarga : .....

No. Telepon : .....

Salinan fotocopy dari kuasa ini sama sah dan berlaku seperti aslinya.

garda akses | 1 500 112 asuransiastra.com