

Bismillahirrahmaanirrahiim

FORMULIR PENGAJUAN SANTUNAN MENINGGAL DUNIA

Yang Bertanda tangan di bawah ini :

Nama : _____ (Pria/Wanita)*
 Tempat/Tanggal Lahir : _____ / _____ Umur : _____ Tahun
 Alamat : _____

 Nomor Telp : Rumah : _____ HP : _____ Faks: _____
 Hubungan dengan Peserta : _____

Menerangkan Dengan Sebenarnya dan Mengajukan Permohonan Pembayaran Manfaat Asuransi (Santunan), atas :

1. Nama Peserta (Almarhum/h): _____ (Pria/Wanita)*
2. Tempat/Tanggal Lahir : _____ / _____ Umur : _____ Tahun
3. Nomor Polis : _____
4. Pemegang Polis : _____
5. *Nomor Peserta* : _____
6. Pekerjaan : _____
7. Nomor HP & Email : _____
8. Jenis Manfaat Asuransi : _____
9. Nilai Manfaat Asuransi : Rp _____
10. Manfaat yang diajukan : Rp _____
11. Tanggal Meninggal : _____ (hr/bln/thn)

12. Sebab Meninggal : _____

13. Tempat Meninggal : *Rumah/Rumah Sakit/Perjalanan/Luar Negeri/Lainnya** _____

14. Jika Meninggal Karena Sakit, Sakit apa dan sejak kapan?: _____

15. Jika Meninggal di Rumah Sakit, Rumah Sakit apa: _____

16. Berikan gambaran secara singkat & jelas mengenai gejala/kejadian meninggalnya, atau jika meninggal karena kecelakaan berikan kronologis terjadinya kecelakaan :

Nomor Rekening Pembayaran Manfaat Asuransi sesuai PKS:

Nama : _____
 Bank / Cabang : _____
 Nomor Rekening : _____
 Mata Uang : _____

Dokumen yang perlu dilengkapi :

Documents that need to be completed :

- Fotocopy Identitas diri Peserta (ktp/SIM/paspor) dan kartu peserta/sertifikat/polis asuransi (bila ada);
- Fotocopy Identitas diri Ahli Waris atau yang mewakili (berserta surat kuasa dari ahli waris);
- Akta Kematian dari instansi pemerintahan yang berwenang;
- Fotocopy Daftar Sisa Angsuran Pembiayaan sesuai jadwal (Untuk Asuransi Jiwa Pembiayaan);
- Jika meninggal di Rumah Sakit, lampirkan Surat Keterangan sebab kematian dari dokter dan Resume Medis Rumah Sakit;
- Jika meninggal karena kecelakaan, lampirkan Surat Keterangan Kecelakaan dari kepolisian;
- Jika meninggal tidak wajar, lampirkan surat Visum et repertum;
- Dokumen lain bila diperlukan.

Pernyataan (Pemegang Polis dan/atau Peserta)

1. Saya* memahami bahwa Saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (*utmost good faith*) dalam pengajuan permohonan asuransi, permohonan Pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis, dan/atau permohonan lainnya terkait Perjanjian Asuransi dan pengajuan klaim Manfaat Asuransi ("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 Pengelola 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 SPAJ Syariah, formulir Pemulihan Polis, formulir perubahan Polis, formulir klaim Manfaat Asuransi serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Pengelola ("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 Pengelola melakukan hal-hal berikut ini:
 - a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - b. Membatalkan Perjanjian Asuransi baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/Asuransi Tambahan/Polis Tambahan, dengan pengembalian Kontribusi atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Asuransi Tambahan yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan Manfaat Asuransi 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 Tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi, 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.
 - d. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*) dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis baik Polis Dasar dan/atau setiap Asuransi/Asuransi/Polis Tambahan, termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan uang Asuransi awal, dan/atau menyesuaikan jumlah Kontribusi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - e. Menagih kekurangan Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Pengelola juga berhak untuk melakukan pemotongan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi.
 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 Pengelola 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.
- *Saya= Pemegang Polis atau Peserta

.....20.....

(.....)

Penerima Manfaat/Ahli Waris

Catatan :

- Formulir Claim harap diisi lengkap, jujur dan benar dengan melampirkan dokumen klaim yang diperjanjikan
- *Coret yang tidak Perlu