

**Pernyataan No. 1**

**Pernyataan Yang Mengajukan Klaim**

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 _____	
4. Alamat rumah ketika meninggal			
5. Pekerjaan terakhir			
6. a. Tanggal dan tempat meninggal b. Sebab Kematian	a. Tempat _____	Tanggal _____	
7. 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 _____
8. Pada tanggal berapa Almarhum/ah terakhir masuk kerja?			
9. Adakah surat keterangan sebab kematian dari polisi atau surat visum et repertum dari dokter yang berwenang? (Jika ada, mohon dilengkapi sebagai bukti)			
10. Nama dan alamat semua dokter yang pernah merawat Almarhum/ah selama sakitnya yang terakhir dan selama 3 tahun sebelumnya:			
	Nama Dokter	Alamat	Tanggal Rawat
			Penyakit yang diderita
11. Polis asuransi jiwa/kecelakaan yang dimiliki Almarhum/ah pada perusahaan lainnya.			
	Perusahaan	Tanggal Polis	Jumlah Uang Pertanggungan
12. Berapa lama Anda mengenal Almarhum/ah?			
13. Berdasarkan apa Anda mengajukan klaim ini?			
14. Siapa yang memiliki polis ini?			
15. Cara pembayaran faedah polis yang dipilih			
16. Berapa umur Anda sekarang?			
<p>Saya yang bertandatangan dibawah ini mengajukan klaim atas pertanggungan tersebut kepada PT Avrist Assurance ("Perusahaan") dan menyetujui bahwa pernyataan tertulis dan laporan-laporan dari semua dokter yang memeriksa atau merawat Almarhum/ah dan segala surat-surat yang dibutuhkan untuk klaim merupakan dan dianggap sebagai bagian dari Bukti Meninggal Dunia. Selanjutnya saya menyetujui bahwa pemberian formulir ini atau formulir-formulir pelengkap lainnya, oleh perusahaan, tidak merupakan atau dianggap persetujuan perusahaan atas klaim tersebut dan juga tidak merupakan pengelakan dari hak atau kewajiban.</p>			
Tanda tangan Saksi	Ditandatangani di _____		(Tgl/Bln/Thn)
	Tanda tangan Yang mengajukan klaim		
_____	_____		
Nama Lengkap :	Nama Lengkap :		:
Alamat :	Alamat :		:
No. KTP :	No. KTP :		: