



FORMULIR PENGAJUAN SANTUNAN JIWA

Formulir ini dapat digandakan sendiri pada saat Anda mengajukan Santunan

BAGIAN A Section A	DATA PEMEGANG POLIS (Policyholder Information)	BAGIAN B Section B	DATA PESERTA (Claimant Information)
Pemegang Polis (Policyholder's Name)		Nama Peserta Yang Diasuransikan (Full name of claimant)	
Nomor Polis (Policy No.)		Pekerjaan (Occupation)	
Cara Pembayaran Kontribusi (Premi) / No. Rekening / Kartu Kredit		Tanggal Lahir (Date of Birth)	Jenis Kelamin (Sex)
Alamat (address)		No. Telepon Peserta Yang Diasuransikan (Phone No)	Termaslahat (Ahli waris) Rumah (Home) HP Kantor (Office) Fax (Facsimile)
Alamat untuk Korresponden Ahli Waris		Hubungan Ahli Waris dengan Peserta Yang Diasuransikan	
Peserta mengalami risiko: <input type="checkbox"/> Meninggal dunia akibat kecelakaan <input type="checkbox"/> Meninggal dunia alami (sakit) <input type="checkbox"/> Cacat tetap <input type="checkbox"/> Penggantian biaya pengobatan akibat kecelakaan <input type="checkbox"/> Penggantian biaya rawat inap		Tanggal kejadian ; ____/____/____ tgl/bln/thn (dd/mm/yy)	
Bila pengajuan santunan ini disebabkan karena Peserta Yang Diasuransikan mengalami risiko meninggal dunia di rumah atau di rumah sakit, mohon jelaskan secara singkat kronologis kejadian			
Bila pengajuan santunan ini disebabkan oleh peristiwa kecelakaan, mohon dituliskan tanggal, waktu, tempat, dan penjelasan singkat mengenai kecelakaan tersebut			
Deklarasi dan Otoritas Dengan ini saya menyatakan bahwa keterangan di atas adalah benar dan disampaikan dengan sejujur-jujurnya. Dengan ini Saya juga menyetujui PT Asuransi Jiwa Syariah AL AMIN untuk meminta dan memeriksa bukti-bukti ataupun keterangan lainnya yang diperlukan mengenai Pemegang Polis dan/atau Peserta Yang Diasuransikan sebelum pelaksanaan pembayaran santunan.			
_____ Tanggal (tgl/bln/thn)	_____ Tanda tangan Termaslahat (Peserta Yang Diasuransikan / Ahli waris)	_____ Tanda tangan Pemegang Polis	

**FOMULIR PEMBAYARAN SANTUNAN**

Formulir ini dapat digandakan sendiri pada saat Anda mengajukan Santunan

BAGIAN C

Section C

CARA PEMBAYARAN SANTUNAN

(Method of claim payment)

Nama Pemegang Polis (Policyholder's Name)	
Nomor Polis (Policy No)	
Bank Transfer (Transfer Bank)	
No. Rekening (Account No)	
Atas Nama (In the name of)	Hubungan

Bersama formulir ini kami sampaikan dokumen-dokumen yang dipersyaratkan:

- Copy Kartu Identitas Peserta Yang Diasuransikan
- Copy rekening pinjaman
- Copy bukti pembayaran premi
- Copy Kartu Identitas Ahli Waris
- Copy Kartu Keluarga
- Surat Keterangan kematian dari pemerintah daerah setempat
- Surat Keterangan kematian dari rumah sakit (jika meninggal di rumah sakit)
- Surat Keterangan kematian dari kepolisian (jika meninggal akibat kecelakaan)
- Surat Keterangan dari KBRI (jika meninggal di luar negeri)
- Surat Keterangan penguburan (apabila meninggal di rumah)
- Surat pernyataan tentang kronologis kematian dari Ahli Waris (Formulir Bagian A)
- Putusan Pengadilan yang menyatakan Peserta meninggal dunia (apabila Peserta hilang dalam suatu musibah)

Note : Penerima manfaat harus sebagaimana yang tertera pada Polis maupun Data Polis, jika terjadi perubahan maka Pemegang Polis wajib menyampaikan secara tertulis dan perubahan baru akan berlaku setelah mendapat persetujuan Pengelola.

CARA MENGAJUKAN SANTUNAN DENGAN BENAR

1. Pastikan perlindungan atas diri Anda dan keluarga Anda dalam keadaan aktif dan kontribusi (premi) sudah dibayar pada saat Anda mengajukan Santunan.
2. Ikuti petunjuk santunan sebagaimana tertera dalam Polis Anda.
3. Ajukan pemberitahuan tertulis kepada :

PT Asuransi Jiwa Syariah AL AMIN
Gedung AL AMIN
Jl. Sultan Agung No. 12
Setiabudi
Jakarta 12980

Perhatikan batas waktu yang telah ditentukan sejak kejadian/peristiwa yang menyebabkan terjadinya santunan tersebut. Formulir-formulir pada lampiran Polis ini dapat Anda gandakan sendiri tanpa menyerahkan formulir asli.
4. Isi formulir santunan dengan seksama. Jawab semua pertanyaan yang ada dan sertakan dokumen yang menunjang.
5. Pengelola akan mengeluarkan keputusan persetujuan pembayaran santunan secara tertulis paling lama 15 (lima belas) hari kalender sejak dokumen diterima secara lengkap. Jika melebihi ketentuan di atas, maka Pengelola dianggap telah menyetujui pengajuan santunan. Pembayaran santunan akan dilakukan paling lama 7 (tujuh) hari kerja dihitung sejak batas waktu persetujuan santunan. Andapun tidak perlu repot untuk datang mengambil uang santunan yang menjadi hak Anda. Sertakan informasi lengkap mengenai nama Bank dan nomor rekening Anda.

Bagian Keuangan akan langsung mentransfer santunan Anda.

INGAT ! Kelengkapan dokumen yang menunjang untuk mempercepat proses klaim Anda !

BERITA ACARA OUTSTANDING PEMBIAYAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : _____
Jabatan : _____
Pemegang Polis : _____
Alamat : _____

Menyatakan, menyaksikan sesuai dengan data-data administrasi yang ada bahwa sehubungan dengan meninggalnya nasabah dengan data sebagai berikut :

Nama : _____
Nilai Pembiayaan : _____
Tanggal Kejadian : _____
Sebab-sebab : _____

Masih Memiliki outstanding pembiayaan yang terhutang dengan data sebagai berikut :

Sisa Pokok Pembiayaan : _____
Periode Pembiayaan : _____ Bulan,
Tanggal Awal : ____ - ____ - ____ s/d ____ - ____ - ____
Angsuran Perbulan : _____

Demikian berita acara ini dibuat sesuai keadaan yang sebenarnya, sebagai dasar perhitungan pengajuan klaim asuransi dan telah diketahui ahli waris yang bersangkutan.

Dibuat di _____

Pada Tanggal _____

Diketahui :
Ahli Waris Nasabah

Pemohon :
Pihak Bank

(_____)

(_____)



**SURAT PERNYATAAN RIWAYAT KESEHATAN PESERTA
DARI PIHAK AHLI WARIS
(Dalam Waktu 1 Tahun Terakhir)**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : _____
Tempat/Tanggal Lahir : _____
No Telephone / HP : _____
Pekerjaan : _____
Alamat : _____
Hubungan dengan Almarhum : _____

Menerangkan bahwa:

Nama : _____
Tempat/Tanggal Lahir : _____
Alamat : _____

- Telah meninggal dunia pada tanggal ____-____-____ disebabkan oleh _____
- Apabila Almarhum meninggal akibat sakit, penyakit tersebut telah diderita sejak ____-____-____
Sampai dengan ____-____-____.
- Almarhum pernah dirawat di Rumah Sakit _____
dari tanggal ____-____-____ s/d ____-____-____ karena penyakit tersebut.

Adapun riwayat kesehatan Almarhum sebagai berikut : *

No	Nama Penyakit	Tahun Kejadian	Dirawat Di RS	Nama RS
1.			Ya / Tidak **	
2.			Ya / Tidak **	
3.			Ya / Tidak **	

Notes : *) Bila tidak pernah mohon ditulis **TIDAK PERNAH**

**) Coret yang tidak perlu

Surat ini dibuat dengan sebenar-benarnya untuk keperluan pengurusan klaim asuransi

_____, ____-____-____

Yang membuat pernyataan,

(_____)

Nama Lengkap



KRONOLOGIS KEJADIAN

No Polis : _____
Nama Peserta : _____
Tanggal Kejadian : _____
Tempat Kejadian : _____
Sebab : _____

Kronologi Kejadian :

Yang Membuat ,
