



FORMULIR PENGAJUAN SANTUNAN

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 Koresponden 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 ; atau Tanggal pertama kali gejala penyakit tersebut dirasakan ____/____/____ 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	



FORMULIR PENGAJUAN SANTUNAN PENGANTIAN BIAYA PENGOBATAN DAN BIAYA RAWAT INAP

Formulir ini dapat digandakan sendiri pada saat Anda mengajukan Santunan

BAGIAN C

PENGAJUAN SANTUNAN RAWAT INAP

Section C

1. Apakah anda pernah melakukan konsultasi dengan Dokter lain untuk penyakit yang sama atau serupa sebelumnya		
<input type="checkbox"/> Ya	Konsultasi dilakukan pada	____/____/____ tgl/bln/thn (dd/mm/yy)
	Nama dan alamat Dokter/Rumah Sakit tempat konsultasi tersebut	_____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Tidak		_____
2. Periode perawatan di Rumah Sakit Tanggal Masuk _____ Tanggal keluar _____		
3. Nama dan Alamat Rumah Sakit _____ _____ _____		
4. Sebutkan nama dan Alamat Dokter langganan Anda _____ _____ _____		
Deklarasi dan Otorisasi Dengan ini Saya menyatakan bahwa keterangan di atas adalah benar dan lengkap. Dengan ini pula Saya memberi kuasa kepada setiap Rumah Sakit, perusahaan asuransi atau organisasi lain yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan dan kesehatan Saya untuk memberikan kepada PT Asuransi Jiwa Syariah AL AMIN atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan Saya. Fotokopi dari pernyataan ini sama kuat dan sahnya seperti aslinya.		
_____ Tanggal (tgl/bln/thn)	_____ Tanda tangan Termaslahat (Peserta Yang Diasuransikan / Ahli waris)	_____ Tanda tangan Pemegang Polis



SURAT KETERANGAN DOKTER

Formulir ini dapat digandakan sendiri pada saat Anda mengajukan Santunan

BAGIAN D

Section D

SURAT KETERANGAN DOKTER

(Attending Physician's statement)

1. Tanggal pertama kali Pasien konsultasi sehubungan dengan penyakit yang diderita	____/____/____ tgl/bln/thn (dd/mm/yy)
2. A. Keluhan	_____
B. Sudah berapa lama keluhan tersebut dirasakan	_____
3. Diagnosa Penyakit atau cedera	_____
4. Apakah pasien pernah menderita keadaan yang sama/mirip ? Bila ya, mohon tuliskan dan jelaskan keadaan pada saat itu	_____
5. Bila ada tindakan pembedahan, mohon tuliskan nama operasi dan tanggal pembedahan	_____
6. Apakah keadaan ini merupakan kelainan bawaan/kongenital ?	_____
7. Bila keadaan ini disebabkan oleh kehamilan	_____
Tanda tangan Dokter yang merawat	Tanggal : (date) dd/mm/yy ____/____/____ tgl/bln/thn
Nama (dalam huruf cetak) _____	Ahli _____
Alamat _____	No. Telepon _____
Note : Hanya berlaku bila diisi, ditanda-tangani dan dicap oleh Dokter yang bersangkutan.	

Formulir ini wajib disampaikan apabila Peserta Yang Diasuransikan mengajukan permintaan penggantian biaya pengobatan akibat kecelakaan dan/atau mengalami perawatan rawat inap di Rumah Sakit.



FOMULIR PEMBAYARAN SANTUNAN

Formulir ini dapat digandakan sendiri pada saat Anda mengajukan Santunan

BAGIAN E

Section E

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 _____ Hubungan _____
(In the name of)

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. Adapun 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 !



KRONOLOGIS KEJADIAN

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

Kronologi Kejadian :

Yang Membuat ,
