

# PERNYATAAN KLAIM MENINGGAL

Klaim - 02



Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama	Alamat

Ahli waris yang ditunjuk dari Tertanggung:

Nomor Polis	Nama Tertanggung

Hubungan Keluarga dengan Tertanggung	Tertanggung Meninggal pada Tanggal	Pukul :	Tempat :
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

Menyatakan dengan sebenarnya sebagai berikut	Ya	Tidak	
1. Tertanggung sebelum meninggal menderita <i>demam panas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sejak
2. Tertanggung sebelum meninggal jatuh <i>pingsan (tidak ingat diri)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selama _____ hari
3. Tertanggung sebelum meninggal menderita <i>kaku lumpuh atau kejang-kejang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sejak
4. Tertanggung sebelum meninggal menderita sakit <i>batuk-batuk atau sesak napas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sejak
5. Tertanggung sebelum meninggal menderita sakit <i>muntah-muntah (mencret)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sejak
6. Tertanggung sebelum meninggal menderita sakit <i>berak-berak (mencret)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sejak
7. Tertanggung sebelum meninggal menderita sakit <i>kaki bengkak</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sejak
8. Tertanggung sebelum meninggal menderita sakit <i>perut / kembung perut</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sejak
9. Tertanggung sebelum meninggal menderita sakit <i>pinggang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sejak
10. Tertanggung meninggal dunia saat <i>hamil atau melahirkan anak atau sesudah melahirkan anak</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tanggal melahirkan
11. Tertanggung meninggal dunia disebabkan oleh <i>suatu kecelakaan</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pada tanggal
12. Tertanggung menderita <i>bengkak-bengkak (tumor)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pada
13. Mungkinkah tertanggung meninggal karena <i>keracunan</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Racun
14. Tertanggung meninggal <i>pada waktu/setelah dioperasi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pada tanggal Jenis Operasi
15. Tertanggung sebelum meninggal <i>dirawat seorang dokter</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alamat
16. Tertanggung meninggal karena <i>bunuh diri</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Adakah <i>penjelasan tambahan</i> selain hal-hal diatas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Untuk melengkapi data di atas kami menyatakan **tidak keberatan** apabila Rumah Sakit / Dokter yang merawat tertanggung memberikan keterangan mengenai penyakit / riwayat penyakit / catatan medis dari tertanggung kepada pihak AJB Bumiputera 1912.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
Yang Memberikan Pernyataan,

meterai

\_\_\_\_\_  
Nama & Tandatangan