

DISCLAIMER DEATH BENEFIT

(Surat Pernyataan Pembebasan Tuntutan Pembayaran Klaim Meninggal Dunia)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :

Tempat / tanggal lahir :

Nomor KTP :

Alamat sesuai KTP :

Alamat tinggal sekarang
(jika tidak sesuai KTP) :

Hubungan dengan Tertanggung :

selaku ahli waris/ penerima manfaat asuransi dari :

Nama Tertanggung :

Nomor Polis :

menyatakan bahwa apabila pengajuan klaim atas nama Tertanggung tersebut diatas disetujui oleh PT Astra Aviva Life (Astra Life) dan manfaat Asuransi telah kami terima sesuai dengan ketentuan Polis, maka dengan ini kami membebaskan Astra Life dari segala kewajiban dan tuntutan apapun di kemudian hari baik dari kami maupun dari pihak lain sehubungan dengan pembayaran klaim yang telah dilakukan oleh Astra Life.

/ /
tanggal bulan tahun

Tanda Tangan Penerima Manfaat