

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 ASURANSI JIWA ASTRA (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

Aplikasi Layanan Nasabah Astra Life dalam Genggaman



my Portfolio
Gabungkan semua polis Astra Life kamu untuk kemudahan mengakses manfaat dan melihat portofolio perlindunganmu



my Claim
Anti ribet untuk pengajuan klaim kamu



my e-Card
Akses e-card jadi lebih mudah untuk klaim di Rumah Sakit



my Fund Value
Pantau portofolio dana unit link dalam satu aplikasi

Download sekarang di



Pusat Informasi dan Layanan Pengaduan

Syarat dan ketentuan yang berlaku terkait Produk Asuransi ini dapat diperoleh pada media berikut ini:

Contact Center Hello Astra Life



1 500 282

Senin - Minggu, 24 jam

E-mail & Whatsapp



hello@astralife.co.id

08952-1500282

Senin - Jumat, 08.00 - 16.00 WIB

Website & Social Media

www.astralife.co.id

@ astralifeID

Surat Menyurat & Walk-In Customer

PT ASURANSI JIWA ASTRA

Pondok Indah Office Tower 3, Lantai 1
Jl. Sultan Iskandar Muda Kav. V - TA
Pondok Indah, Jakarta Selatan 12310