

PT. SUMBER BUDIMULIA ADIPUTRA

Jl. PRIYOBADAN NO. 8 SOLO 57131 Telp/Fax. (0271) 716831 / 727282

Jl. GAJAH MADA NO. 123B SOLO 57131 Telp. (0271) 715109

website: www.outea.net

e-mail: manajemen@outea.net



PERNYATAAN KLAIM MENINGGAL DIUNIA

1. Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama lengkap :

Umur/Tgl. lahir :

Jenis kelamin :

A I a m a t :

Selaku :

Menerangkan dengan sesungguhnya, bahwa :

Nama lengkap :

Umur/Tgl. lahir :

Jenis kelamin :

Alamat :

TELAH MENINGGAL DUNIA

Pada hari :

Tanggal :

J a m :

2. Almarhum meninggal karena

a)- Demam Panas

Batuk2

Batuk darah

Muntah darah

Muntah

Berak2

YA	TIDAK

Sesak Napas

Bengkak kaki/muka/badan

Keracunan

Melahirkan

Kehabisan darah/kecelakaan

Lain-lain

YA	TIDAK

Dalam hal lain-lain, sebutkan nama penyakitnya

b. Dalam 2 tahun terakhir sebelum meninggal, almarhum sudah pernah/tidak pernah *) menderita sakit

.....

c. Lamanya menderita

d. Dalam hubungan a), b) dan c) diatas: almarhum meninggal di

Rumah

Rumah Sakit

(Dalam hal meninggal di Rumah Sakit, harap disebutkan Rumah Sakit mana dan dokter siapa yang merawat selama sakitnya).

.....

.....

3. Dengan ini saya sebagai ahli waris, mengajukan klaim terhadap serifikat No.

4. Keterangan tersebut diatas, saya berikan dengan sesungguhnya, dan bila keterangan tersebut diatas tidak benar, saya bersedia klaim tersebut, tidak dibayar.

..... Tgl

Yang membuat pernyataan

*) Coret yang tidak perlu

(.....)

Nama Jelas