

- FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA**
DEATH CLAIM FORM



- ☐ Asli Surat Kronologis Kecelakaan format AFI yang diisi oleh Pemegang Polis/Tertanggung (*AFI formatted Letter of accident chronology, filled by Policy Holder or The Insured*)
- ☐ Legalisir Surat Keterangan Kepolisian (disertai sketsa TKP/Tempat Kejadian Perkara) (*Certified copy of police report with sketch of TKP*)
- ☐ Fotokopi SIM yang sesuai (A/B/C) dan berlaku saat kejadian kecelakaan (jika Tertanggung sebagai Pengendara) (*Copy of Driver license (A/B/C) and it was active during the accident (if Insured was a driver)*)
- ☐ Legalisir Hasil Visum et Repertum dalam hal Tertanggung meninggal dunia karena kecelakaan (*Certified copy of Visum et Repertum report in the event that The Insured died due to an accident*)
- c. Apabila Tertanggung meninggal dunia selain di Instansi Kesehatan, dokumen lain yang dibutuhkan (*other document required, If The Insured died other than at a health institution*):
 - ☐ Legalisir Surat Keterangan Kematian dari RT/RW (*Certified copy of Death Letter from RT/RW*)
 - ☐ Asli Surat Kronologis Kematian yang ditulis Termaalihat/Pemegang Polis (Chronology when Insured died written by Beneficiary/Policy Holder)
- d. Untuk Tertanggung yang hilang, dengan ketentuan Tertanggung telah hilang minimal 2 tahun, dokumen lain yang dibutuhkan (*And for missing Insured, with the Insured having been missing minimum for 2 years, other documents are required*):
 - ☐ Fotokopi Penetapan Pengadilan (Copy of Court Determination)
- e. Dokumen atau informasi lain yang diperlukan oleh Penanggung (seperti namun tidak terbatas pada) (*Documents or other information required by the Insurer (such as but not limited to)*):
 - ☐ Surat Kuasa Format AFI asli 3 rangkap yang ditandatangani diatas materai untuk permintaan data medis/ Surat Kuasa format Rumah Sakit terkait/ Surat Kuasa Termaalihat diatas materai untuk pengalihan transfer pembayaran Klaim) (*Power of Attorney in 3 copies sign on stamp duty using AFI template for medical records, Statement Letter of not getting coverage from Other Insurance / Power of Attorney in the format of the relevant Hospital / Termless Power of Attorney on stamp duty for disclosure of Claim payment transfers*)* (*Other documents*)*
* akan diinformasikan oleh Penanggung dikemudian hari, apabila ada (*will be informed by The Insurer, if any*)

B. Informasi Umum (General Information)

1. Nama Termaalihat (Beneficiary Name)	
2. Tanggal Lahir (Date of Birth)	
3. No Telpon/HP/Fax (Phone Number / Fax)	
4. Email	
5. Alamat Lengkap (Full Address)	
6. No KTP/Passport/KITAS (ID Card/ Passport/KITAS)	
7. Nama Pemegang Polis (Policy Holder Name)	
8. No Telpon/HP/Fax (Phone Number / Fax)	
9. Email	
10. Alamat Lengkap (Full Address)	
11. No KTP/Passport/KITAS (ID Card/ Passport/KITAS)	

C. Informasi Kematian (Death Details)

1. Nama Tertanggung (Insured Name)	
2. No KTP/Passport/KITAS (ID Card/ Passport/KITAS)	



3. Tanggal Lahir (*Date of Birth*)
4. Alamat Lengkap (*Full Address*)
5. Tanggal Meninggal Dunia (*Date of Death*)
6. Tempat Meninggal Dunia (*Place of Death*) ☐ Rumah (*Home*) ☐ Rumah Sakit (*Hospital*)
Lainnya (*Others*)
7. Penyebab Tertanggung Meninggal Dunia (*Place of Death*) ☐ Sakit (*Sick*) ☐ Kecelakaan (*Accident*)*
Lainnya (*Others*)

***)Apabila sebab meninggal karena kecelakaan mohon mengisi Formulir Kronologis Kecelakaan pada lembar terakhir. (If cause of death due to an accident, please fill in the Accident Chronology Form on the last sheet)**

8. Diagnosa Penyebab Meninggal Dunia, jika karena Sakit (*Caused of Death Diagnosis, if cause of death is illness*)

9. Tanggal Diagnosa Pertama Kali (*Date of First Diagnosis*)

10. Kronologis Kematian (*The chronological of Death*)

11. Riwayat Perawatan/Pengobatan terkait Penyebab Meninggal Dunia (*Patient treatment/Medical History related to Caused of Death*)

Riwayat Penyakit/ <i>History of Disease</i>	Diderita sejak (<i>Onset Date</i>) Tgl /Bln/Thn (<i>Date/Month/Year</i>)	Pengobatan (<i>Name of Medicine</i>)	Sejak kapan obat dikonsumsi (<i>since when this medicine is consumed</i>) tgl/bln/thn (<i>Date/Month/Year</i>)	Apakah obat masih dikonsumsi sampai sekarang? (<i>Are this medicine still consumed until now?</i>)	Jika TIDAK, kapan obat tersebut berhenti dikonsumsi (If NO, when this Medicine is stopped?) Tgl /Bln/Thn (<i>Date/Month/Year</i>)
				YES/NO	
				YES/NO	
				YES/NO	
				YES/NO	

12. Apakah semasa hidupnya Tertanggung pernah menderita sakit sebagai berikut serta sejak kapan terdiagnosa: (*Please mention whether The Insured had or was diagnosed with any of the following diseases and explain since when*) :

No.	Riwayat Penyakit (<i>History of Disease</i>)	Penyakit diderita sejak (tanggal/bulan/tahun) (<i>when was the deceased diagnosed (dd / mm / yyyy)</i>)
1.	Jantung (<i>Heart</i>)	
2.	TBC (<i>Tuberculosis</i>)	
3.	Diabetes Melitus	
4.	Stroke	
5.	Hipertensi (<i>Hypertension</i>)	
6.	Penyakit Paru-paru (<i>Lung Disease</i>)	
7.	Penyakit Hati (<i>Liver Disease</i>)	
8.	Kanker/tumor (<i>Cancer / tumor</i>)	
9.	Ginjal (<i>Kidney disease</i>)	
10.	Hepatitis (<i>liver disease</i>)	
11.	Hiperlipidemi	



12.	Penyakit lain (<i>Other Diseases</i>)	
-----	---	--

13. Mohon informasi riwayat penyakit dan Dokter yang pernah dikunjungi oleh Tertanggung dalam kurun waktu 5 tahun terakhir (*Please provide details medical history or other visited Doctor's of The Insured within last 5 years*)

Nama Penyakit/ Diagnosa (Name of Disease /Diagnose)	Diderita sejak (Onset Date) Tgl /Bln/Thn (Date/Month/Year)	Nama Dokter (Doctor's Name)	Nama Rumah Sakit/ Klinik (<i>Hospital/Clinic Name</i>)	Riwayat Tanggal Perawatan (Date of Treatment History) Tgl /Bln/Thn (dd/mm/yyyy)

14. Apakah Tertanggung mempunyai asuransi jiwa lainnya? (*Did the Insured have other Insurance?*) ☐ Ya (Yes) ☐ Tidak (No)
Jika YA, mohon sebutkan (*If YES, please describe*)

No.	Nama Perusahaan Asuransi (Insurance name)	Nomor Polis (Policy number)	Tanggal Efektif Polis (Policy Effective Date) (dd/mm/yyyy)

D. Rincian Pembayaran (*Payment Details*)

Apabila klaim disetujui maka pembayaran akan ditransfer ke rekening Pemegang Polis (*If the claim is approved the payment will be transferred to Policyholder*)

- Nama Pemilik Rekening
Termaslahat (*Beneficiary
Name*)
 - Nama Bank (*Bank Name*)
 - Alamat Bank
(*Bank Address*)
 - Cabang Bank
(*Bank Branch*)
 - No Rekening
(*Account Number*)
 - Kode SWIFT Bank untuk
USD* (*Swift code for USD*)
- *) Untuk pengiriman ke Bank luar negeri dengan mata uang USD

E. Informasi Klaim (*Claim Information*)

Untuk informasi klaim, silakan hubungi (*For Claim information, please contact via*):



 **Live Chat:**
<https://axa.co.id> (pilih ask Emma)

Email:
customer@axa-financial.co.id

F. Surat Pernyataan dan Kuasa (Declarations & Authorization)

Dengan ini saya MENYATAKAN dan MENYETUJUI untuk atas nama saya sendiri dan pihak lain yang dimaksud di dalam formulir klaim ini (orang yang bersangkutan) bahwa segala pernyataan dan jawaban atas seluruh pertanyaan yang diajukan baik ditulis tangan sendiri maupun tidak adalah sesuai dengan sepengetahuan saya dan diyakini telah lengkap dan benar.

Saya MENYATAKAN dan MENYETUJUI bahwa saya memiliki kuasa penuh mewakili Orang yang Bersangkutan untuk membuat pernyataan dan persetujuan tersebut di atas.

Dengan ini saya MEMBERIKAN KUASA atas Tertanggung dan semua orang yang ditanggung kepada PT AXA Financial Indonesia (AFI) untuk:

1. Melakukan penelusuran, pengecekan, atau permintaan data, keterangan dan dokumen kepada setiap tenaga medis, Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi, Badan Hukum, Instansi atau Lembaga, Perorangan, Organisasi atau pihak lain yang memiliki keterangan atau informasi mengenai pekerjaan, riwayat dan catatan medis atas diri Saya/Kami, dan mengizinkan serta memberikan persetujuan kepada AFI untuk menggunakan, menyerahkan atau memberikan informasi, keterangan, atau data yang berkaitan dengan diri saya yang ada dan disimpan di AFI berkaitan dengan kapasitas saya sebagai Pemegang Polis dan/atau Tertanggung kepada pihak lain, termasuk namun tidak terbatas kepada Agen yang bersangkutan, Perusahaan Asuransi, Reasuransi, Lembaga, Asosiasi Asuransi, Bank, Instansi Pemerintah, atau Badan Hukum lain baik di dalam maupun di luar negeri yang memiliki hubungan kerjasama dengan AFI dalam rangka pengajuan Klaim ini atau untuk kepentingan lainnya sepanjang tidak bertentangan dengan peraturan yang berlaku, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, maupun penawaran produk lain kepada Saya/Kami. Saya/Kami juga memahami bahwa Saya/Kami berhak untuk melakukan perbaikan, koreksi atau penambahan atas informasi dan keterangan mengenai Saya/Kami tersebut dengan menghubungi kantor AFI
2. Mendapat semua penilaian medis dan hasil yang dibutuhkan oleh AFI dari perusahaan atau semua petugas kesehatan atau Laboratorium yang ditunjuk dalam rangka mengevaluasi status kesehatan yang berhubungan dengan Tertanggung atau semua orang yang ditanggung yang berhubungan dengan klaim ini.

Surat Kuasa ini mengikat kepada ahli waris dan penerima kuasa dan tetap berlaku walaupun meninggal atau cacat. Salinan dari pernyataan ini sama sahnya seperti aslinya. Saya MENYATAKAN dan MENYETUJUI bahwa saya memiliki kuasa penuh mewakili orang yang Bersangkutan untuk membuat Surat Pernyataan dan Kuasa di atas.

Saya menyatakan bahwa informasi yang Saya berikan disini sehubungan dengan pengkinian data Saya adalah benar data pribadi Saya dan oleh karenanya Saya berwenang penuh untuk memberikan izin kepada AFI untuk menggunakan dan mengungkapkan data pribadi Saya (termasuk pengkinian data Saya selanjutnya) kepada penyedia layanan pihak ketiga AFI atau pihak lainnya dalam hubungannya dengan kepemilikan polis Saya di AFI, dalam rangka memberikan pelayanan yang sesuai dengan produk yang telah Saya beli dan mengizinkan AFI dan Agen yang Bersangkutan untuk menghubungi Saya untuk memberikan informasi mengenai produk dan pelayanan melalui saluran komunikasi yang telah Saya berikan.

Dengan mengirimkan formulir ini, Saya menyetujui bahwa pengajuan klaim ini merupakan pemenuhan ketentuan 'pengembalian dokumen Data Polis elektronik' sebagaimana dimaksud dalam polis.

Saya menyatakan bahwa saya memahami dan menyetujui untuk mengesampingkan atau tidak mengacu pada ketentuan mengenai pengembalian dokumen polis sebagaimana tercantum dalam ketentuan polis asuransi Saya. Pernyataan ini Saya buat sebagai bentuk pengembalian dokumen polis secara elektronik kepada PT AXA Financial Indonesia, dan Saya menyadari bahwa ketentuan ini berlaku sejalan dengan kebijakan penerapan Polis Elektronik yang diberlakukan oleh PT AXA Financial Indonesia.

Saya menyatakan bahwa Saya tidak akan menggunakan, memperbanyak, atau mengakui Polis/Data Polis elektronik (atas nomor polis yang tercantum di formulir ini) sebagai dokumen yang sah, dan dengan ini menyatakan bahwa Polis/Data Polis elektronik telah Saya kembalikan secara elektronik kepada PT AXA Financial Indonesia dalam bentuk pernyataan ini.

Dalam hal informasi, data, dokumen, surat-surat yang Saya sampaikan di dalam pengajuan Klaim ternyata salah atau tidak benar dalam segala aspek dan dapat dibuktikan, maka AFI berhak untuk membatalkan/mengakhiri Polis atau tidak membayarkan manfaat asuransi kepada ahli waris Tertanggung, dan karenanya AFI dibebaskan dari segala gugatan, tuntutan atau permintaan ganti rugi dalam bentuk apapun dari pihak-pihak yang merasa memiliki kepentingan atas manfaat asuransi sehubungan dengan pembatalan/pengakhiran serta penolakan untuk membayarkan manfaat asuransi.



PERNYATAAN PEMOHON KLAIM (STATEMENT OF CLAIMANT)

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan pertanyaan tersebut diatas dengan benar dan lengkap. (I/We have read, understood and answered all the questions in this claim form completely and correctly.)

Ditandatangani di (*signed in*) : _____

Tanggal (*Date*) : _____

Pemohon Klaim (Claimant)

Nama Pemohon Klaim (*Claimant`s Name*)

[illegible]

Hubungan Pemohon Klaim dengan Tertanggung (*Claimant Relation with Insured*)

[illegible]

Tandatangan dan Nama Jelas
(Signature & Name)

PT AXA Financial Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan



FORMULIR KRONOLOGIS KECELAKAAN

PEMBERI KETERANGAN	DATA PASIEN
Nama : _____	Nama : _____
Tanggal lahir : _____	Tanggal lahir : _____
NIK : _____	Produk / Plan : _____
Nomor telepon : _____	Nomor polis : _____
Hubungan dengan pasien : _____ (Mohon berikan centang pada kotak di bawah)	
☐ diri sendiri ☐ suami ☐ istri ☐ keluarga	

A. Informasi Kecelakaan

Tanggal kejadian : ____/____/____

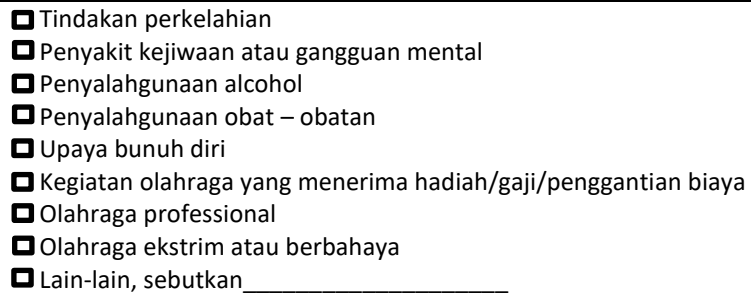
Waktu kejadian : _____ ☐ pagi ☐ siang ☐ sore ☐ malam

Lokasi kejadian : _____

(Mohon dituliskan secara rinci nama dan nomor jalan, kota, RT, RW, kelurahan, kecamatan, provinsi dll.)

Mohon diisi dan beri centang pada kotak di tabel berikut.

Jenis kecelakaan/ Trauma	
a. Kecelakaan lalu lintas ☐	- Jenis kendaraan ☐ Mobil ☐ Motor ☐ Lainnya, sebutkan _____ - Apakah pasien sebagai: ☐ Pengemudi ☐ Penumpang ☐ Pejalan kaki - Apabila pasien sebagai pengemudi, apakah: i. Pasien memiliki SIM aktif? ☐ Ya ☐ Tidak mohon dilampirkan juga SIM-nya ii. Pasien menggunakan helm? ☐ Ya ☐ Tidak iii. Pasien menggunakan sabuk pengaman? ☐ Ya ☐ Tidak
b. Kecelakaan kerja ☐	- Apakah ada perlindungan BPJS TK? ☐ Ya ☐ Tidak - Apakah ada perlindungan/ jaminan dari Jasa Raharja? ☐ Ya ☐ Tidak
c. Olahraga ☐	Apakah pasien: ☐ Atlet profesional ☐ Non Atlet profesional
d. Kecelakaan lainnya ☐	Mohon penjelasannya: _____ _____



This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Tanda tangan dan nama jelas