Formulir Klaim Meninggal Dunia
Death Claim Form

Diisi oleh Pihak yang Mengajukan Klaim *(Filled by Claimant)*

Nomor Polis
(Policy Number)

Catatan *(Note)*:
1. Semua bagian dalam formulir ini wajib diisi lengkap dan benar sesuai dengan fakta yang sebenarnya *(All fields in this form must be filled completely and correctly in accordance with the actual facts).*
2. Apabila kolom yang ada tidak mencukupi, mohon di tuliskan di lembar lainnya *(If there are not enough columns, please write down on the back of this sheet).*
3. Setiap koreksi di dalam formulir ini wajib di paraf oleh Pemohon Klaim *(Any correction in this form must be initialed by the Claimant).*

A. Syarat Dokumen Klaim *(Claim Document Requirements)*

Mohon beri tanda cek (✓) pada list dokumen yang diserahkan *(Please kindly check with (✓) on the document list of submission)*

A. Dokumen asli yang harus diserahkan *(Original documents to be submited):*

- ☐ Formulir Klaim Meninggal diisi oleh Pemohon Klaim *(Death Claim Form filled by Claimant)*
- ☐ Surat Keterangan Dokter diisi oleh Dokter yang merawat *(Attending Physician's Statement filled by Treating Doctor)*
- ☐ Buku Polis *(Policy Book)*

B. Dokumen Pendukung berikut dapat berupa ASLI/Salinan *(Supporting document submitted below preferred Original/Copy Documents):*

1. Kartu Identitas *(Identity Card)*

- ☐ Kartu Pengenal Pemegang Polis *(ID Card of Policy Holder)*
- ☐ Kartu Pengenal Tertanggung *(ID Card of Insured)*

2. Kartu Identitas Penerima Manfaat *(Proof of Identity of Beneficiary/Claimant)*

- ☐ Kartu Pengenal/Akte Kelahiran Termaslahat *(ID Card/Birth Certificate Beneficiary)*
- ☐ Kartu Keluarga/Akte Nikah/Akte Adopsi *(Family Card/Marriage Certificate/Adoption Certificate)*

3. Nomor Rekening Bank *(Bank Account Number)*

- ☐ Nomor rekening Termaslahat atau *(Beneficiary Bank Account Number or)*
- ☐ Surat Kuasa Termaslahat diatas materai untuk pengalihan transfer pembayaran Klaim *(Power of Attarney on stamp duty with referral for transferred Claim payment from Beneficiary)*

4. Akte Kematian *(Death Certificate)*

- ☐ Akte Kematian dari Catatan Sipil *(Death Certificate issued by Civil Registration)**

PT AXA Financial Indonesia
Customer Care Centre
AXA Tower Lt. Ground Floor
Jl. Prof. DR. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta - 12940, Indonesia
Email: customer@axa-financial.co.id
Link Live Chat: www.axa.co.id
AXA CUSTOMER CARE CENTRE 1500 940
www.axa.co.id AXA Indonesia axaindonesia

B. Informasi Umum *(General Information)*

1. Nama Pemohon Klaim *(Claimant's Name)*
2. No. ID *(ID Number)* KTP/Passport
3. Nama Tertanggung *(Insured Name)*
4. No. Telepon *(Telephone)* (Termasuk Kode Wilayah) *Mobile Phone*
5. Email

* Nomor telepon seluler dan alamat email Anda akan diperbaharui di polis sesuai informasi di atas *(Your mobile phone number and email address will be updated in our policy records based on above information).*

C. Informasi Kematian *(Death Details)*

1. Tanggal Meninggal Dunia *(Date of Death)* - - Tgl *(Date)*/Bln *(Month)*/Thn *(Year)*
2. Tempat Meninggal Dunia *(Place of Death)* ☐ Rumah *(Home)* ☐ Rumah Sakit *(Hospital)*
   Lainnya *(Others)*
3. Penyebab Tertanggung Meninggal Dunia *(Caused of Death)* ☐ Sakit *(Sick)* ☐ Kecelakaan *(Accident)*
   Lainnya *(Others)*
4. Diagnosa Penyebab Meninggal Dunia, jika karena Sakit *(Cause of Death Diagnosis, if cause of Death is Illness)*
5. Tanggal Diagnosa Pertama Kali *(Date of First Diagnosis)* - - Tgl *(Date)*/Bln *(Month)*/Thn *(Year)*
6. Kronologis Kematian *(The Chronological of Death)*
7. Riwayat Perawatan/Pengobatan terkait Penyebab Meninggal Dunia *(Patient Treatment/Medical History related to Caused of Death)*

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

8. 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 Doctors of the Insured within last 5 years):

Jenis Penyakit / Diagnosa *(Diagnose)*	Diderita sejak *(Suffered since)*	Nama Dokter *(Doctor Name)*	Nama Rumah Sakit *(Hospital Name)*	Riwayat Tanggal Perawatan Date of Treatment History Tgl *(Date)*/Bln *(Month)*/ Thn *(Year)*

9. Apakah Tertanggung memiliki Asuransi di perusahaan lainnya *(Do you have other Insurance)?* ☐ YA *(YES)* ☐ TIDAK*(NO)*
Jika YA, mohon sebutkan *(If YES, please describe):*

D. Rincian Pembayaran (*Payment Details)*

1. Nama Pemilik Rekening Pemegang Polis
Name Account of Policy Holder :
2. Nama Bank *(Bank's Name)* :
3. Alamat Bank *(Bank's Address)* :
4. Cabang *(Branch)* :
5. No. Rekening Bank *(Bank Account Number)* :
6. Kode SWIFT Bank *(Bank SWIFT Code)** :

*) Untuk pengiriman ke Bank luar negeri dengan mata uang USD *(For transfer to foreign Bank with USD Curencies)*

E. Informasi Klaim (*Claim Information)*

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

AXA CUSTOMER CARE CENTRE 1500 940

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. *(I hereby DECLARE AND AGREE on behalf of myself and the other party referred to in this claim form (Relevant Person) that all statements and answers in this claim form, whether written by myself or with the help of others are with my knowledge. and believed correctly and true.)*

Saya MENYATAKAN dan MENYETUJUI bahwa saya memiliki kuasa penuh mewakili Orang yang Bersangkutan untuk membuat pernyataan dan persetujuan tersebut di atas. *(I DECLARE AND AGREE that I have the full authority to represent of the Relevant Persons to make the above declarations and agreements.)*

Dengan ini saya MEMBERIKAN KUASA atas Tertanggung dan semua orang yang ditanggung kepada PT AXA Financial Indonesia (AXA) untuk: (*I HEREBY AUTHORIZE on behalf of myself/the insured and all Covered Person (s) by PT AXA Financial Indonesia (AXA) to:)*

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 mengijinkan 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 dak 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 dak 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 infomasi dan keterangan mengenai Saya/Kami tersebut dengan menghubungi kantor AFI. (*Searching, checking, or requesting data, information and documents to every medical person, Doctor, Hospital, Clinic, Health Center, Laboratory, Insurance Company Or Reinsurance Company, Legal Entity, Agency Or Institution, Individual, Organization or other party to have information about my work, medical history and records of myself/us, and allow also give approval to AFI to use, submit or provide, information, or data relating to myself that exists and is stored in AFI relating to the as a Policy Holder and/or Insured to other parties, including but not limited to related Agent, Insurance Companies, Reinsurance Companies, Insurance Associations, Banks, Government Institution, or Other Legal Entities both at home and abroad who have a cooperative relationship with AFI in the filing of this Claim submission or for other purposes as long as there is no conflict not in accordance with applicable regulations, payment of Claims, customer service, and other product offerings to me/us. I/We also understand that I/We have the right to make improvements, corrections or additions to the information and information about me/us by contacting AFI's once.)*

2. Mendapat semua penilaian medis dan hasil yang dibutuhkan oleh AXA 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. (*Receive all necessary medical assessments and test as required by AXA from company or any of appointed medical examiners or laboratories to evaluate the health status of the insured or any covered person (s) in relation to this claim.)*

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. (*This authorization shall bind the successors and assignees of myself and remains valid not with standing death or incapacity. A photocopy of this authorization shall be valid as the original. I DECLARE AND AGREE that I have the full authority to represent the Relevant Person to make the above authorization.)*

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 AXA untuk menggunakan dan mengungkapkan data pribadi Saya (termasuk pengkinian data Saya selanjutnya) kepada penyedia layanan pihak ketiga AXA 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 AXA dan Agen yang Bersangkutan untuk menghubungi Saya untuk memberikan informasi mengenai produk dan pelayanan melalui saluran komunikasi yang telah Saya berikan. *(I confirm that information I have provided herein regarding updating my data/information is truly my personal data, therefore I am fully authorized to disclose to AXA and hereby give my consent to AXA to disclose my personal data herein (including my updated data) to AXA third party service provider in term of providing the servicing which appropriate to the product I have bought, and allow AXA and Relevant Agent to contact me in providing such information regarding the product and service through communication media that I have already provided herein.)*

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. *(In terms of information, data, documents, letters that I submit in the submission of a claim turned out to be false or incorrect in all aspects and can be proven, then AFI has the right to cancel/terminate the policy or not pay insurance benefits to the heirs of the Insured, and therefore AFI is exempt from all claims, or requests for compensation in any form from parties who feel they have an interest in insurance benefits in connection with the cancellation/termination and refusal to pay insurance benefits.)*

Ditanda tangani di

Kota

Tanggal

Tgl *(Date)* - Bln *(Month)* - Thn *(Year)*

Pemohon Klaim *(Claimant)*

Tanda Tangan & Nama Jelas
(Signature & Name)

Nama Pemohon Klaim *(Claimant's Name)*

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

PT AXA Financial Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan