



Nomor Polis:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Formulir Klaim Meninggal Dunia Death Claim Form Diisi oleh Pengaju Klaim (Filled by Claimant)

(Diisi oleh petugas)

Tanggal Dokumen Diterima

Catatan Penting :

- Semua bagian dalam formulir ini wajib diisi dengan lengkap dan benar sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat / *Please fill this form completely and correctly to ensure fast and accurate processing. All fields are compulsory*
- Apabila kolom yang ada tidak mencukupi, mohon di tuliskan di lembar lainnya / *If the space is not enough, please written on other sheets.*
- Setiap koreksi penulisan/pengisian dalam bentuk catatan atas formulir ini wajib ditandatangani oleh Pengaju Klaim / *Any corrections made to this form must be signed by the Claimant.*

A. INFORMASI KEMATIAN / DEATH DETAILS

1. Tanggal Meninggal / Date of Death : / / (dd / mm / yyyy)

2. Tempat Meninggal / Place of Death :

 Rumah / Home Rumah Sakit / Hospital Lainnya (sebutkan) / others (mentioned) _____

3. Penyebab tertanggung meninggal / Cause of death :

 Sakit / Illness _____ Kecelakaan / Accident Lainnya (sebutkan) / others (mentioned) _____

4. Kronologis kematian/ The chronological of death :

--

Riwayat Perawatan/Pengobatan / History of Treatment :

Nama Dokter atau Rumah sakit / Name of doctor(s) or hospital(s)	Alamat / Address	Diagnosa / Diagnosis	Tanggal perawatan / Date of treatment (dd / mm / yyyy)

B. INFORMASI LAIN TERTANGGUNG / OTHER INSURED DETAILS

Apakah Tertanggung memiliki polis di Asuransi lainnya / Do you have any policies in another insurance ? Ya/Yes Tidak/No

Jika 'Ya' apa nama Perusahaan Asuransi tersebut dan Jenis Asuransinya / If 'yes', Describe the Insurance company name and Insurance Plan

--

C. DETAIL KONTAK PENGAJU KLAIM / CLAIMANT'S CONTACT DETAILS

Nomor Telepon Seluler / Mobile Phone Number

--

Alamat Email / Email Address

--

PT AXA Financial Indonesia

Customer Care Centre

AXA Tower Lt. GF

Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia

e-mail: customer@axa-financial.co.id



Head Office

AXA Tower Lt. 17

Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia

Tel: +62 21 3005 8000

www.axa.co.id [f](#) AXA Indonesia [@](#) axaindonesia

1 dari 3

D. PERINCIAN PEMBAYARAN / PAYMENT DETAILS

Nama Pemilik Rekening dari pemegang polis :

atau ahli waris/ Name Account of Policy Holder or beneficiary

Nama Bank / Bank's Name :

Alamat Bank / Bank's Address :

Cabang / Branch :

No. Rekening Bank / Bank Account Number :

Kode SWIFT Bank / Bank SWIFT code :

Untuk pentransferan ke Bank luar negeri dengan mata uang USD / For transfer to a foreign Bank with USD currencies

E. INFORMASI KLAIM / CLAIM INFORMATION

Untuk Informasi Klaim, silahkan hubungi melalui / for claim information, please contact via :



www.axa.co.id
(Claims Section)



1500 940
Customer Care Centre



customer@axa-financial.co.id

F. DOKUMEN YANG DIPERLUKAN / DOCUMENT REQUIREMENTS

Dokumen yang Diperlukan Required Documents	Dokumen Diserahkan (Type of Document submitted)		Asli / Original	
	Ya/Yes	Tidak / No	Ya/Yes	Tidak/No
Mohon isi kotak yang tersedia dengan tanda (√) sesuai dengan dokumen yang diserahkan / Please mark the box with (√) as indicated by document submitted				
A. Dokumen berikut ini harus ASLI / Document submitted below must be Original Documents				
1 Formulir Klaim Meninggal : diisi oleh Pengaju Klaim (Claim Form Filled by Claimant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Surat Keterangan Dokter : Diisi oleh Dokter yang merawat (Attending Physician's statement : filled by Treating Doctor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Buku Polis/Policy Book	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Proof of Identity of Insured	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kartu Pengenal Pemegang Polis / ID of Policy holder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kartu Pengenal Tertanggung / ID of Insured	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Proof of Identity of Beneficiary/claimant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kartu Pengenal /Akte Kelahiran Termashlihat / ID/Birth certificate of Beneficiary	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• *Kartu Keluarga / Akte Nikah / Akte Adopsi / Family Card / Marriage certificate / adoption certificate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 No. Rekening Termashlihat atau Surat Kuasa diatas meterai untuk tujuan transfer pembayaran klaim / Bank Account No of Beneficiary or Power of attorney on stamp duty with referral for transferred claim payment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Akte kematian (catatan Sipil) / (Death Certificate - released by civil government)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*2 dari 5 Dokumen berikut ini diberikan apabila akte kematian tidak ada dan dapat berupa dokumen ASLI atau Legalisir / 2 of 5 documents below are given if an absent on death certificate and must be Original or Legalized document :				
a. Surat Kematian dari Rumah Sakit/ Death certificate issued by hospital).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Surat Keterangan Kematian dari Pamong Praja / Death certificate issued by local council.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Surat bukti pemakaman dari dinas pemakaman / Bukti Pengabuan / Letter of funeral from funeral service / proof of cremation. Resi Akte Kematian (catatan sipil) / Receipt of Death Certificate (from civil registration service).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Surat Keterangan Meninggal dari KBRI (jika meninggal di Luar Negeri) / consular report of death from Indonesian Embassy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PT AXA Financial Indonesia

Customer Care Centre

AXA Tower Lt. GF
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
e-mail: customer@axa-financial.co.id

Head Office

AXA Tower Lt. 17
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
Tel: +62 21 3005 8000



G. SURAT PERNYATAAN DAN KUASA / DECLARATIONS AND AUTHORIZATION

Dengan ini saya MENYATAKAN dan MENYETUJUI atas diri saya dan pihak lain yang dimaksud dalam formulir klaim ini ("Orang yang Bersangkutan") bahwa segala pernyataan dan jawaban terhadap segala pernyataan dalam formulir klaim ini baik yang dituliskan oleh saya sendiri atau bukan adalah dengan sepengetahuan saya dan diyakini secara benar dan utuh / I HEREBY DECLARE AND AGREE on behalf of myself and other persons referred to in this claim form ("Relevant Persons") that all statements and answer to all questions whether or not written by my own hand are to the best of my knowledge and belief complete 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 tanggung 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. Mendapat segala catatan dan/atau keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan tertanggung dan semua orang yang ditanggung dari setiap orang, Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Bank, Institusi Pemerintah, dan Badan Hukum / Lembaga atau perorangan lainnya yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan saya/tertanggung atau setiap orang yang ditanggung. / Receive any record and/or information about themselves and condition/health condition of the insured and all covered person(s) to Any Doctor, Clinic, Hospital, Health Center, Laboratory, any Medical Institution, Insurance Company, Bank, Government Institution, and Legal Entity or other persons, who has any records or knowledge of myself/the insured or any of the covered person(s)
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 assesments 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 Kuasa diatas / This authorization shall bind the successors and assignees of myself and remains valid notwithstanding 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 dalam rangka memberikan pelayanan yang sesuai dengan produk yang telah saya beli dan mengizinkan AXA 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's third party service provider in term of providing the servicing which appropriate to the product I have bought, and allow AXA to contact me in providing such information regarding the produk and service through communicatoin media that I have already provided herein.

Tanda Tangan Pengaju Klaim / Signature of Claimant

Tanggal Tanda Tangan / Signature Date

Nama Pengaju Klaim / Claimant's name :

Hubungan Pengaju klaim dengan Tertanggung / Claimant relation with insured :

PT AXA Financial Indonesia

Customer Care Centre

AXA Tower Lt. GF

Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia

e-mail: customer@axa-financial.co.id



Head Office

AXA Tower Lt. 17

Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia

Tel: +62 21 3005 8000