



Nomor Polis / No Serifikat

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

(Diisi Oleh Petugas)

Tanggal Dokumen diterima

Formulir Klaim Meninggal Dunia / Death Claim Form

Diisi oleh Pihak yang Mengajukan Claim (*Filled by 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 / Others _____

3. Penyebab Meninggal / Cause of death :

 Sakit / illness _____ Kecelakaan / Accident Lainnya / Others _____

4. Kronologis Kematian / Chronology of death :

--

Riwayat Perawatan / Pengobatan / History of Treatment / Medication :

Nama Dokter atau Rumah sakit / Name of Doctor (s) or Hospital	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 lain / do you have any policies in another insurance ?

 Ya / Yes Tidak / No

Jika "Ya" apa nama perusahaan Asuransi tersebut dan jenis Asuransi / If "Yes" state the company name and the type of insurance Company name and Insurance Plan

--

E. DETAIL KONTAK PENGAJUAN KLAIM / CLAIMANT'S CONTACT DETAIL

Nama / Name

Nomor Telp seluler / Mobile Phone

Alamat Email / Email Address

F. PERINCIAN PEMBAYARAN

Nama pemilik rekening Termaslahat / Name Account of Beneficiary :

Tanggal Lahir Termaslahat / Date of Birth Beneficiary :

No NIK Termaslahat / National Identity Number Beneficiary :

Nama Bank / Bank's Name :

Alamat Bank / Bank' Address :

Cabang / Branch :

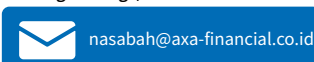
No Rekening bank / Bank Account :

Kode SWIFT Bank / Bank SWIFT Code :

Untuk pengiriman ke Bank luar negeri dengan mata uang USD / For transfer to a foreign Bank With USD Currencies

G. INFORMASI KLAIM / CLAIM INFORMATION

Untuk informasi klaim, silakan menghubungi / For claim information, please contact via



*Untuk dokumen yang diperlukan saat pengajuan klaim Bapak/Ibu dapat melihat melalui Portal AXA Life di www.axadirect.co.id
/ For documents required submitted Claim Mr/Mrs can see through the portal AXA Life in www.axadirect.co.id

Tanda Tangan Pemohon Klaim / Signature of Claimant

Tanggal Tanda Tangan / Signature Date

PT AXA Financial Indonesia

Customer Care Centre

AXA Tower Lt. GF

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

email: nasabah@axa-financial.co.id

SURAT PERNYATAAN DAN KUASA / DECLARATIONS AND AUTHORIZATION

Dengan ini saya MENYATAKAN dan MENYETUJUI atas diri saya dan pihak lain yang dimaksud dalam formulir klaim ("orang yang bersangkutan") bahwa segala pernyataan dan jawaban terhadap segala pernyataan dalam formulir klaim baik yang tertulis 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 diatas / I DECLARE AND AGREE that I have the full authority to represent of the relevant person to make the above declarations and agreement.

Dengan ini saya MEMBERIKAN KUASA atas diri saya / bertanggung dan semua orang yang di tanggung kepada PT AXA Financial Indonesia ("AXA") untuk / I HEREBY AUTHORIZE on behalf of myself / the insured and all covered person (s) by TPT AXA Financial Indonesia ("AXA") to:

1. Mendapat segala catatan dan / atau keterangan mengenai diri dan keadaan / kesehatan saya / bertanggung dan semua orang yang di tanggung 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 / bertanggung atau setiap orang yang di tanggung. / Receive any record and / or information about themselves and condition of myself / the insured and all covered person(s) to any Doctor, clinic, Hospital, Health center, any Medical institution, Insurance company, Bank, Government Institution, and Legal Entity, or 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 di butuhkan oleh AXA dari perusahaan atau semua petugas kesehatan atau laboratorium yang ditunjuk dalam rangka mengevaluasi status kesehatan yang berhubungan dengan diri saya / bertanggung atau semua orang yang di tanggung 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 myself / 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 semua sahnya seperti aslinya. Saya MENYATAKAN dan MENYETUJUI bahwa saya memiliki kuasa penuh dari dan atas nama orang yang bersangkutan untuk membuat surat kuasa diatas / this authorization shall bind the successors and assignees of myself and reminds valid not with standing death or incapacity. A photocopy of this authorization shall be valid as original. I DECLARE and AGREE that I have the full Authority from and consent of 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 here in regarding up dating 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 here in (including my update data) to AXA' 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 product and service through communication media that I have already provided herein

Tanda Tangan Pemohon 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

email: nasabah@axa-financial.co.id





SURAT KETERANGAN DOKTER Untuk Klaim Meninggal

(Diisi oleh Dokter)

Kepada Yth. Dokter yang merawat/mengobati.

Kami mohon kesediaan Dokter untuk mengisi Surat Keterangan Dokter ini dengan sebenarnya sesuai data yang ada dan yang Dokter Ketahui. Terima kasih.

Data-data Pasien / Almarhum /-ah	
Nama Pasien / Almarhum /-ah : _____	No. Pasien / Rekam Medis : _____
Tanggal lahir / Umur : ____ / ____ / ____ / atau ____ tahun,	Jenis kelamin : <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Alamat Pasien : _____	
Penyebab Meninggal Keadaan yang menyebabkan meninggal Tempat meninggal Tanggal & jam meninggal	<input type="checkbox"/> Penyakit <input type="checkbox"/> Kecelakaan <input type="checkbox"/> Lainnya : _____ _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"> (tanggal / bulan / tahun), Jam : _____</input>
Jika Meninggal karena Penyakit Sebab utama meninggal Diagnosa penyakit Sejak kapan mulai diderita penyakit tersebut ?	_____ _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"> (tanggal / bulan / tahun)</input>
Jika Meninggal karena Kecelakaan Mohon ceritakan kronologis kecelakaan secara singkat ? Apakah penyebab terjadinya kecelakaan disebabkan oleh pengaruh alkohol / narkotika / obat-obatan / lainnya ?	_____ _____
Jika Meninggal karena Penyebab Lain Mohon jelaskan	_____
Apakah Sejawat hadir pada waktu meninggalnya ? Jika YA, Keluhan & gejala gangguan kesehatannya yang terakhir sebelum la meninggal ? Diagnosa gangguan kesehatannya yang terakhir sebelum la meninggal Jika TIDAK, Kapan Sejawat terakhir merawat Pasien ini sebelum la meninggal ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK _____ _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"> (tanggal / bulan / tahun)</input>
Riwayat Penyakit Kapan pertama kali Pasien ini berkonsultasi dengan Sejawat ? Keluhan & gejala penyakit / gangguan kesehatan-nya Diagnosa Sejawat atas penyakit / gangguan kesehatan-nya Apakah Pasien ini menderita / memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan <u>Hypertensi, DM, Jantung, Paru-paru, Kejiwaan, Bawaan, Narkotika, HIV, lainnya ?</u> Apakah penyebab kematian Pasien ini berhubungan dengan riwayat penyakit di atas ? Mohon sebutkan nama, alamat dokter/ rumah sakit yang Sejawat ketahui pernah dikunjungi Pasien ini	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"> (tanggal / bulan / tahun) _____ _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"> TIDAK Diagnosa: _____ Diderita sejak : _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"> TIDAK Jika YA, Alasan : _____ _____</input></input></input>
Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.	
Nama Dokter : _____	Spesialisasi : _____
Alamat Dokter / RS : _____	No. Telepon / HP : _____
_____	_____
Tempat & Tanggal	Tandatangan Dokter
	Cap Rumah Sakit

PT AXA Financial Indonesia

Customer Care Centre

AXA Tower Lt. GF
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
e-mail: nasabah@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 | WhatsApp: 0858 3005 6800 | Website: www.axadirect.co.id