FORMULIR KLAIM MENINGGAL

(Diisi oleh termaslahat / ahli waris)

Agar mempercepat proses Klaim, harap semua pertanyaan di bawah ini dijawab dengan benar, lengkap dan jelas.

Yang bertandatangan di bawah ini :

Data Termaslahat/ Ahli Waris

Nama lengkap : _____ Jenis kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita

Tempat, tanggal lahir / umur : _____ , ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ /_____ tahun

Alamat : _____

Nomor KTP / Identitas lain : _____ Nomor Telepon / Handphone : _____

Hubungan dengan Almarhum/-ah : _____

Menerangkan dengan sebenarnya, bahwa Almarhum/-ah dengan data sebagai berikut:

Data Tertanggung / Pemegang Polis

Nama lengkap Almarhum/-ah : _____ Jenis kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita

Nama panggilan / Nama lain / alias : _____

No. Polis : _____

Almarhum /-ah sebagai * : Tertanggung / Pembayar Premi / lainnya : _____ (* : coret yg tak sesuai)

Tempat & Tanggal lahir : _____ Nomor KTP / Identitas lain : _____

Telah meninggal dunia pada	Hari : _____ Tanggal / bulan / tahun : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Tempat meninggal	☐ Rumah Sakit ☐ Rumah Almarhum/-ah ☐ Lainnya :_____
Nama & alamat tempat meninggal	_____
Sebab Meninggal	☐ Penyakit ☐ Kecelakaan ☐ Lainnya : _____
Jika meninggal karena Penyakit	
Keluhan & gejala-nya	_____
Nama Penyakit-nya	_____
Mulai diderita penyakit tersebut	Sejak kapan, Tanggal / bulan / tahun : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Jika meninggal karena Kecelakaan	
Tempat & tanggal terjadinya kecelakaan	_____, ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ tanggal / bulan / tahun
Penyebab kecelakaan	_____
Kronologis terjadinya kecelakaan*	_____
Jika meninggal karena Penyebab lain	
Apakah penyebab meninggal disebabkan oleh pengaruh alkohol / narkotika / obat-obatan / lainnya ?	☐ YA ☐ TIDAK Jika YA, Mohon jelaskan* : _____
Apakah Almarhum/ -ah menderita / memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan Hypertensi, Kencing manis, Jantung, Paru-paru, Kejiwaan, Bawaan, HIV, lainnya ?	☐ YA ☐ TIDAK Jika YA, Penyakit :_____ Diderita sejak : _____
Dokter yang memeriksa / merawat	Nama Dokter :_____ Alamat Praktek : _____
Nama Dokter /Rumah Sakit/ Puskesmas/ Laboratorium yang pernah dikunjungi Almarhum/ -ah selama hidup untuk memeriksa kesehatannya	_____
Keterangan lain yang belum disebutkan	_____
Polis lain yang dimiliki oleh Tertanggung	Nama Perusahaan Asuransi : _____ Nama Program Asuransi : _____ No. Polis : _____

*Gunakan lembar tambahan jika diperlukan

PT. AXA Financial Indonesia
AXA CENTRE Ratu Plaza Office Building Lt. 2, Jl. Jenderal Sudirman No. 9 Jakarta 10270 - Indonesia
Telephone : (021) 7278 3888 **Facsimile :** (021) 7279 1428, 726 7124 **Email :** services@axa-financial.co.id
www.axa-financial.co.id

FORMULIR KLAIM MENINGGAL

Mohon tuliskan No. Rekening Bank yang dituju untuk pembayaran Klaim Meninggal :

DATA REKENING

Transfer Bank Atas Nama : .....

No. Rekening : .....

Nama Bank : .....

Jenis Tabungan : .....

Cabang : .....

Alamat Bank : .....

Catatan
Pembayaran Klaim Meninggal hanya akan dilakukan untuk Pengajuan Klaim yang disetujui sesuai dengan ketentuan Polis.

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUH Perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT AXA Financial Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung. Fotocopy dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di _____ Tanggal _____ / _____ / _____

(_____)
Tanda tangan dan Nama jelas

Pengajuan Klaim Meninggal harus disertai dengan dokumen-dokumen sebagai berikut :

- ☐ Formulir Klaim Meninggal **Asli**
- ☐ Surat Keterangan Dokter **Asli**
- ☐ Polis **Asli**
- ☐ Bukti pembayaran premi terakhir **Asli**
- ☐ **Fotokopi Legalisir** Kartu pengenal tertanggung
- ☐ **Fotokopi Legalisir** Kartu pengenal/Akte Kelahiran Termaslahat
- ☐ **Fotokopi Legalisir** Kartu Keluarga
- ☐ **Fotokopi Legalisir** Surat Keterangan Kematian dari Pamong Praja
- ☐ **Fotokopi Legalisir** Surat bukti pemakaman dari dinas pemakaman
- ☐ **Fotokopi Legalisir** Akte Kematian dari Instansi yang berwenang (UP ≥100 jt)
- ☐ **Fotokopi Legalisir** Surat Keterangan/ Berita Acara Kepolisian (Kecelakaan)
- ☐ **Fotokopi Legalisir** Surat Visum et Repertum (Kecelakaan)
- ☐ **Fotokopi Legalisir** Surat Keterangan meninggal dari KBRI (Kedutaan Besar Republik Indonesia) Jika meninggal di luar negeri
- ☐ Dokumen lain yang dianggap perlu

PT. AXA Financial Indonesia
AXA CENTRE Ratu Plaza Office Building Lt. 2, Jl. Jenderal Sudirman No. 9 Jakarta 10270 - Indonesia
Telephone : (021) 7278 3888 **Facsimile :** (021) 7279 1428, 726 7124 **Email :** services@axa-financial.co.id
www.axa-financial.co.id