



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 : <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Tempat, tanggal lahir / umur	: _____, <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / _____ 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 : <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> 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 Tempat meninggal Nama & alamat tempat meninggal Sebab Meninggal	Hari : _____ Tanggal / bulan / tahun : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rumah Sakit <input type="checkbox"/> Rumah Almarhum/-ah <input type="checkbox"/> Lainnya : _____ <input type="checkbox"/> Penyakit <input type="checkbox"/> Kecelakaan <input type="checkbox"/> Lainnya : _____
Jika meninggal karena Penyakit	
Keluhan & gejala-nya Nama Penyakit-nya Mulai diderita penyakit tersebut	_____ _____ Sejak kapan, Tanggal / bulan / tahun : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Jika meninggal karena Kecelakaan	
Tempat & tanggal terjadinya kecelakaan Penyebab kecelakaan Kronologis terjadinya kecelakaan*	_____, <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tanggal / bulan / tahun _____ _____
Jika meninggal karena Penyebab lain	
Apakah penyebab meninggal disebabkan oleh pengaruh alkohol / narkotika / obat-obatan / lainnya ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Jika YA, Mohon jelaskan* : _____
Apakah Almarhum/ -ah menderita / memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan <u>Hypertensi</u> , <u>Kencing manis</u> , <u>Jantung</u> , <u>Paru-paru</u> , <u>Kejiwaan</u> , <u>Bawaan</u> , <u>HIV</u> , <u>lainnya</u> ? Dokter yang memeriksa / merawat	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Jika YA, Penyakit : _____ Diderita sejak : _____ 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



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 Life 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 Termaalihat
- Fotokopi Legalisir** Kartu Keluarga
- Fotokopi Legalisir** Surat Keterangan Kematian dari Pamong Praja
- Fotokopi Legalisir** Surat bukti pemakaman dari dinas pemakaman / Surat bukti pengabuan dari instansi yang berwenang
- Fotokopi Legalisir** Akte Kematian dari Instansi yang berwenang (UP ≥ 100 jt)
- Fotokopi Legalisir** Surat Keterangan/ Berita Acara Kepolisian (Kematian akibat kecelakaan atau kematian tidak wajar)
- Fotokopi Legalisir** Surat Visum et Repertum (Kematian akibat kecelakaan atau kematian tidak wajar)
- Fotokopi Legalisir** Surat Keterangan meninggal dari KBRI (Kedutaan Besar Republik Indonesia) jika meninggal di luar negeri
- Dokumen lain yang dianggap perlu

PT. AXA Life Indonesia

AXA CENTRE Ratu Plaza Office Building Lt. 2, Jl. Jenderal Sudirman No. 9 Jakarta 10270 - Indonesia
Telephone : (021) 2750 7377 **Facsimile :** (021) 7279 3302 **Email:** customer@axa-life.co.id
www.axa-life.co.id