

FORMULIR KLAIM MENINGGAL | DEATH CLAIM FORM

Catatan | Notes:

Semua bagian dalam formulir wajib diisi dengan lengkap sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat

All parts of the form must be filled out completely so that claims can be processed quickly and accurately.

Setiap koreksi penulisan/pengisian dalam bentuk catatan atas formulir wajib ditandatangani oleh Pemegang Polis/Tertanggung

Any corrections made to this form must be signed by the Policy Holder/Insured.

Mohon untuk tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong/atau tidak terisi

Please do not sign blank or unfilled.

Klaim baru dapat di proses setelah dokumen lengkap dan benar kami terima (termasuk dokumen tambahan jika diperlukan). Hasil dari proses klaim akan kami sampaikan dalam waktu 14 hari kerja

Claim can be processed after we received complete and correct documents (including additional document if needed). The result of claim process will be informed within 14 working days.

Dokumen Standar Pengajuan Klaim Meninggal Health Claim Submission Standard Document		Nomor Polis Policy Number (dapat di isi lebih dari 1 polis jika klaim ditujukan untuk beberapa polis can be filled more than 1 policy if claim for multiple Policies)																	
☐ Formulir Klaim Meninggal (Bagian I) Claim Form (Section I)	1.																		
☐ Formulir Keterangan Dokter (Bagian II) Doctor Statement (Section II)	2.																		
☐ Akte Kematian dari Instansi yang berwenang (fotokopi legalisir) Death Certificate from the competent authority (Copy of legalized)	3.																		
☐ Fotokopi KTP/Paspor dan KITAS (jika WNA) Tertanggung dan Penerima Manfaat Copy of ID card/Passport and KITAS (if foreigners) of the Insured and Beneficiaries	4.																		
☐ Fotokopi Kartu Keluarga Tertanggung dan Penerima Manfaat Copy of Family Card of the Insured and Beneficiary	5.																		
☐ Fotokopi Kartu Pengenal/Akte Lahir Penerima Manfaat Copy of Beneficiary Identification Card/Birth Certificate	6.																		
☐ Surat Keterangan Meninggal dari KBRI jika meninggal di luar negeri (fotokopi legalisir) Death Certificate from the Indonesian Embassy in case of death abroad (Copy of legalized)	Jika Akte Kematian tidak ada If there is no Death Certificate																		
☐ Surat visum et repertum jika meninggal karena kecelakaan/tidak wajar (asli/fotokopi legalisir) Visum et repertum letter if died due to accident/unnatural (original/ Copy of legalized)	☐ Surat Keterangan Kematian dari Kelurahan setempat (asli/fotokopi legalisir) Death Certificate from the local Village (original/ Copy of legalized))																		
☐ Surat Keterangan Kepolisian jika meninggal karena kecelakaan/tidak wajar (asli/fotokopi legalisir) Police certificate if death due to accident/unnatural (original/ Copy of legalized)	☐ Surat Bukti Pemakaman dari Dinas Pemakaman (asli/fotokopi legalisir) Funeral Proof of Funeral Service (original/ Copy of legalized))																		
☐ Fotokopi Buku rekening / tangkapan layar nomor rekening dari aplikasi perbankan dari seluruh Penerima Manfaat sesuai polis (1 Penerima Manfaat 1 nomor rekening) Copy of a bank account / screenshot of bank account number from banking applications from all Beneficiaries according to policy (1 beneficiary 1 bank account number)																			
Jenis Perawatan Treatment type		☐ Meninggal Death		☐ Pembebasan Premi Waiver Premium		☐ Lain - lain. Other													
BAGIAN I. PERNYATAAN PENERIMA MANFAAT/PEMOHON SECTION I. BENEFICIARIES/CLAIMANT STATEMENT																			
Nama Lengkap Full Name																			
NIK National ID No																			
Hubungan Dengan Tertanggung Relationship with the Insured		☐ Anak Child		☐ Istri Wife		☐ Suami Husband		☐ Lain-lain Other		Mohon sebutkan Please specify:									
Nomor Telepon Telephone Number																			
Alamat Surat Elektronik E-mail Address																			
Menyatakan dengan sebenarnya, bahwa: I hereby declare truthfully that:																			
Nama Pemegang Polis Policy Holder Name																			
NIK Pemegang Polis Policy Holder ID No																			
Nama Tertanggung Insured Name																			
Pastikan nama Tertanggung sesuai dengan yang terdaftar di dalam Polis atau Sertifikat Polis Make sure the name of the Insured is as registered in the Policy or Policy Certificate																			
NIK Tertanggung Insured ID Card No																			
Tanggal Lahir (dd-mm-yyyy) Date of Birth (dd-mm-yyyy)				-				Umur Age				Tahun Year		Jenis Kelamin Sex		☐ Laki-Laki Male		☐ Perempuan Female	
Tanggal meninggal (dd-mm-yyyy) Date of date (dd-mm-yyyy)								Tempat meninggal Location of date											
Diagnosa / penyebab meninggal Diagnosis / cause of death																			
Berhubungan dengan kecelakaan? Related to Accident?		☐ Ya Yes		☐ Tidak No		Tanggal Kecelakaan Date of Accident				-				-					
Tempat Kecelakaan Location of Accident																			
Jelaskan Kronologis Meninggal atau Kecelakaan Explain the Chronology of Death or Accident																			

RIWAYAT PENYAKIT | MEDICAL HISTORY

Apakah Penderita pernah berkunjung ke/dirawat di Rumah Sakit lain sebelumnya?
Has the insured ever been an outpatient/inpatient at another hospital before?

Ya
Yes

Tidak
No

Jika 'Ya' mohon dijelaskan | *If "Yes" Please describe*

Diagnosa
Diagnosis

Terdiagnosa sejak?
Diagnosed since?

Nama Dokter
Doctor Name

Nama Rumah Sakit
Hospital Name

INFORMASI ASURANSI LAINNYA | OTHER INSURANCE INFORMATION

Apakah Tertanggung memiliki Asuransi di Perusahaan
Asuransi lain? / *Does the Insured have another insurance from another insurance company?*

Ya
Yes

Tidak
No

Nama Perusahaan Asuransi
Name of insurance Company

Apakah Tertanggung memiliki BPJS?
Does the Insured have BPJS?

Ya
Yes

Tidak
No

No BPJS
BPJS No

Jika 'ya' mohon lampirkan fotokopi kartu BPJS | *If 'yes', please attach a copy of the BPJS card*

INFORMASI PENERIMA MANFAAT | BENEFICIARY INFORMATION

No.	Nama Penerima Manfaat <i>/Beneficiary name</i>	Nomor NIK Penerima Manfaat <i>/ Beneficiary ID No</i>	Tanggal lahir (dd-mm-yyyy) / <i>date of birth (dd-mm-yyyy)</i>	Alamat dan no telp <i>/Address and phone number</i>	Nomor Rekening Penerima Manfaat <i>/ Beneficiary account number</i>	Nama Pemilik Rekening <i>/ Account number' name</i>	Nama Bank & Nama Cabang <i>/Bank's name and Branch's name</i>
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

INFORMASI TENTANG PAJAK | INFORMATION ABOUT TAX

Apakah Penerima Manfaat melakukan pelaporan pajak di luar negara Indonesia?
Do you do tax reporting outside Indonesia?

Ya
Yes

Tidak
No

Jika "ya", maka harap mengisi Formulir deklarasi diri (individu atau Badan Usaha) terkait perpajakan kepada negara mitra, dan khusus untuk warga Amerika Serikat (USA) maka wajib mengisi Formulir W-9, serta lampirkan lampirkan Taxpayer Identification Number (TIN)
If "yes", then please fill out the self-declaration form (individual or business entity) related to taxation to partner countries and specifically for citizens of the United States (USA) then you must fill out Form W-9, and attach a Taxpayer Identification Number (TIN)

KETERLAMBATAN PENGAJUAN KLAIM | CLAIMS SUBMITTING DELAY

Klaim Meninggal harus diajukan 90 hari dari tanggal meninggal. Jika pengajuan klaim Anda melampaui batas ini, mohon berikan alasannya.
Death Claims must be submitted 90 days from the date of death. If your claim exceeds this limit, please provide reasons.

PERNYATAAN DAN KUASA PENERIMA MANFAAT/PEMOHON | STATEMENT AND POWER OF BENEFICIARIES/CLAIMANT

Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa | *I/We hereby declare and agree that:*

1. Saya/Kami telah membaca, mengerti, menjawab dan mengisi pertanyaan-pertanyaan dan informasi tersebut di atas dengan sebenar-benarnya, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya tanpa tekanan dan paksaan dari pihak manapun. Saya/Kami mengerti bahwa pengajuan dan pembayaran klaim akan diproses oleh PT AXA Mandiri Financial Services ("Penanggung") sesuai dengan ketentuan pada aplikasi/website ini dan ketentuan Penanggung yang berlaku. Jika ternyata keterangan yang diberikan itu tidak benar dan/atau tidak lengkap, maka Penanggung berhak untuk meminta Saya/Kami untuk melengkapi ataupun menolak pengajuan klaim.
I/We have read, understood, answered, and filled out the questions and information mentioned above correctly, completely and in accordance with the actual situation without pressure and coercion from any party. I/We understand that the submission and payment of claims will be processed by PT AXA Mandiri Financial Services (the "Insurer") in accordance with the provisions of this application/website and the provisions of the applicable Insurer. If it turns out that the information provided is incorrect and/or incomplete, the Insurer has the right to ask me/us to complete or reject the claim submission.

2. Saya/Kami setuju memberikan kuasa kepada Penanggung untuk meminta semua keterangan, informasi, dokumen, dan ringkasan/catatan medis ("Informasi") mengenai Saya/Kami kepada tenaga medis, dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, sarana pelayanan kesehatan, Penanggung asuransi, Penanggung reasuransi, badan hukum, instansi, atau perorangan, organisasi atau pihak lain ("Pemegang Informasi") yang mempunyai informasi Saya/Kami, dan Saya/Kami dengan ini memberikan ijin dan kuasa kepada Pemegang Informasi untuk memberikan Informasi kepada Penanggung dalam rangka proses klaim dan pelayanan nasabah.
I/We agree to authorize the Insurer to request all information, information, documents, and summaries/medical records ("Information") regarding me/us from medical personnel, doctors, hospitals, clinics, health centers, laboratories, service facilities health insurance, reinsurance insurers, legal entities, agencies, or individuals, organizations or other parties ("Information Holders") who have I/Our information, and I/We hereby grant permission and power to the Information Holder to provide information to Insurers in the framework of the claim process and customer service.

AMFS/CLM/FORM/002

internal

2 of 4

3. Saya/Kami setuju dan mengizinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi, keterangan, atau data-data Saya/Kami yang diperoleh dan/atau dimiliki Penanggung kepada pihak ketiga (termasuk tapi tidak terbatas pada Penanggung asuransi, reasuransi, bank, group, dan afiliasi dari Pemegang Saham, serta pihak lain) yang bekerja sama dengan Penanggung baik di dalam atau luar negeri dalam rangka, termasuk tapi tidak terbatas pada pelayanan nasabah, proses klaim, dan/atau penawaran produk.

I/We agree and allow the Insurer to use or provide information, information, or My/Our data obtained and/or owned by the Insurer to third parties (including but not limited to insurance, reinsurance, bank, group, and affiliations of Shareholders, as well as other parties) who cooperate with the Insurer both at home and abroad in the context of, including but not limited to customer service, claim processing, and/or product offerings.

4. Saya/Kami senantiasa menjamin untuk merahasiakan dan tidak akan menggandakan, mengungkapkan maupun menyebarluaskan setiap dan segala informasi pribadi Saya/Kami yang berhubungan dengan termasuk hubungan hukum yang didasarkan atas pengajuan pada dokumen/formulir ini antara Saya/Kami dan Penanggung kepada pihak manapun melalui media apapun. I/We always guarantee to keep confidential and will not duplicate, disclose, or disseminate any and all of My/Our personal information related to including legal relationships based on the submission of this document/form between Me/We and the Insurer to any party through any medium.

5. Segala risiko yang timbul sehubungan dengan pengajuan pada Formulir ini sepenuhnya merupakan tanggung jawab Saya dan Saya membebaskan AXA Mandiri dari segala tanggung jawab, gugatan, kerugian, dan/atau tuntutan dalam bentuk apapun di kemudian hari dari pihak manapun termasuk Saya atas pengajuan Formulir ini, kecuali yang diakibatkan kesalahan dan/atau kelalaian AXA Mandiri.

All risks arising from the submission of this Form are entirely my responsibility and I release AXA Mandiri from any kind of responsibility, claims, losses, and/or demands in the future from any party including me upon the submission of this Form, except those caused by AXA Mandiri's error and/or negligence.

6. Pernyataan dan Kuasa yang telah diberikan akan tetap berlaku selama Saya/Kami masih hidup maupun sesudah saya/Kami meninggal dunia dan Saya/Kami setuju untuk mengesampingkan ketentuan pada Pasal 1813, 1814, dan 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.

The statement and power of attorney that have been given will remain valid as long as I/We are alive or after I/We pass away and I/We agree to waive the provisions in Articles 1813, 1814, and 1816 of the Civil Code.

7. Transaksi Keuangan ini tidak berasal atau untuk tujuan pencucian uang (Money Laundering) sebagaimana diatur dalam ketentuan hukum yang berlaku di wilayah hukum Republik Indonesia terkait dengan Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme berikut dengan perubahannya dari waktu ke waktu. Perusahaan berhak menolak permohonan klaim Saya/Kami jika tidak memenuhi dan melanggar ketentuan Undang-Undang.

This Financial Transaction does not originate or for the purpose of money laundering (Money Laundering) as regulated in the applicable legal provisions in the jurisdiction of the Republic of Indonesia related to Anti-Money Laundering and Prevention of Terrorism Financing and its amendments from time to time. The company has the right to refuse my/our claim application if it does not fulfill and violates the provisions of the law.

8. Penanggung tidak akan memberikan perlindungan atau tidak berkewajiban membayar setiap klaim atau memberikan manfaat, jika hal itu akan menyebabkan Penanggung melanggar sanksi, pelarangan atau pembatasan di bawah resolusi Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) atau sanksi ekonomi dan perdagangan internasional, hukum atau peraturan Uni Eropa, Inggris atau Amerika Serikat.

No Insurer shall be deemed to provide cover and no insurer shall be liable to pay any claim or provide any benefit hereunder to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such benefit would expose that Insurer to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United Kingdom or United States of America.

9. Pernyataan kepatuhan khusus terkait kewajiban pajak: | *Specific compliance statements regarding tax obligations:*

a. Mengetahui dan memahami bahwa Perusahaan dan/atau afiliasinya diwajibkan untuk patuh kepada kewajiban dari Undang-Undang, Pedoman, Perintah, dan syarat yang ditetapkan berdasarkan Hukum di Indonesia ataupun hukum Asing termasuk Undang-Undang Kepatuhan Pajak Rekening Luar Negeri Amerika Serikat, Foreign Account Tax Compliance Act of United States of America (FATCA, atau perjanjian-perjanjian atas public, peradilan, perpajakan, Pemerintahan Indonesia, dan/atau pihak kewenangan lainnya, termasuk di Indonesia sebagaimana diundangkan beserta perubahannya dari waktu ke waktu ("Kewajiban Hukum") |

a. Knowing and understanding that the Company and/or its affiliates are required to comply with the obligations of the Laws, Guidelines, Orders, and requirements stipulated under Indonesian law or foreign law including the United States Foreign Account Tax Compliance Law, Foreign Account Tax Compliance Act of United States of America (FATCA), or agreements on the public, judiciary, taxation, the Government of Indonesia, and/or other authorities, including in Indonesia as promulgated and amended from time to time ("Legal Obligations")

b. Saya/Kami juga setuju untuk menyediakan bantuan yang mungkin diperlukan Perusahaan untuk memenuhi seluruh kewajibannya sebagaimana diatur dalam Kewajiban Hukum tentang diri Saya/Kami atau polis Saya/kami. Jika penyediaan informasi atau data melebihi 30 hari sejak transaksi diajukan, maka Saya/Kami akan menanggung semua risiko termasuk tapi tidak terbatas pada penolakan dan/atau pembekuan transaksi.

b. I/We also agree to provide any assistance that the Company may need to fulfill all its obligations as set out in the Legal Obligations regarding Me/We or My/our policy. If the provision of information or data exceeds 30 days since the transaction is submitted, then I/We will bear all risks including but not limited to rejection and/or freezing of the transaction.

Informasi Financial Advisor ("FA") yang membantu proses klaim <i>Financial Advisor (FA) information that helps the claim process</i>	Nama FA <i>FA Name</i>														Penerima Manfaat / Pemohon <i>Beneficiary / Claimant</i>
	Kode FA <i>FA Code</i>														
	No telepon FA <i>FA Telephone No</i>														
															(Nama Jelas & Tanda tangan) <i>(Name & sign)</i>

