



PT AXA Mandiri Financial Services

AXA Tower Lt. 9, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
 Tel: +62 21 3005 8888 | Fax: +62 21 3005 8500 | Website: www.axa-mandiri.co.id/life | Email: CorporateSolutions@axa-mandiri.co.id

SURAT PENGAJUAN KLAIM MENINGGAL DUNIA

(Diisi oleh Ahli Waris)

Untuk mempercepat proses klaim, mohon semua pertanyaan dibawah ini diisi dengan benar, lengkap, dan jelas.

Data Ahli Waris

Nama Lengkap : Pria / Wanita

Tempat / Tanggal Lahir : /

Alamat :

No. Telepon / HP :

Nomor KTP / Identitas lain :

Hubungan Dengan Almarhum/-ah : Anak Istri Suami Lain-lain :

Menerangkan Dengan Sebenarnya, Bahwa Peserta :

Data Peserta / Pemegang Polis :

Nama Lengkap Almarhum/-ah : Pria / Wanita

Nama Panggilan / Nama Lain / Alias :

No. Polis :

Tempat / Tanggal Lahir Peserta : /

Alamat :

No. Telepon / HP :

Nomor KTP / Identitas lain :

Pekerjaan :

Telah Meninggal Dunia Pada : Hari : -- (tgl/bln/thn)

Sebab Meninggal : Sakit Kecelakaan Lainnya :

Tempat Meninggal : Rumah Sakit Rumah Lainnya :

Nama & Alamat tempat meninggal :

Jika Meninggal Karena Penyakit

Apakah penyebab Peserta meninggal dunia tuliskan kronologis kejadian ?

Nama Penyakit

Keluhan & gejala yang dirasakan

Kapan pertama kali Peserta merasakan keluhan & gejala penyakit tersebut ?

Obat & terapi apa saja yang pernah didapat ?

Sebutkan penyakit lain yang pernah diderita termasuk sejak kapan diderita dan tempat konsultasi/tempat perawatan

Penyakit	Diderita Sejak	Nama & Alamat Dokter/Rumah Sakit
.....
.....
.....
.....

<p><u>Jika Meninggal Karena Kecelakaan</u></p> <p>Jenis Kecelakaan</p> <p>Tanggal dan tempat terjadi kecelakaan</p> <p>Apakah kecelakaan ini dilaporkan kepada Pihak Berwajib ?</p> <p>Kronologis Kecelakaan</p>	<p>Kecelakaan Kerja / Lalu Lintas / Lainnya :</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tgl/bln/thn)</p> <p><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika Tidak, Mengapa ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><u>Jika Meninggal Karena Penyebab Lain</u></p> <p>Apakah penyebab meninggal disebabkan oleh pengaruh alkohol/narkotika/obat-obatan terlarang atau Peserta menderita / memiliki riwayat Hirpetensi, Kencing Manis, Jantung, Paru-paru, Kejiwaan, Bawaan, Stroke, Gagal Ginjal, Kanker, Sirosis, HIV ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Jika Ya, Penyakit :</p> <p>.....</p> <p>Diderita Sejak :</p> <p>Nama Dokter :</p> <p>Alamat Praktek :</p> <p>Jelaskan :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Nama Dokter / Rumah Sakit / Puskesmas / yang pernah dikunjungi Almarhum/-ah selama hidup untuk memeriksa kesehatannya</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Keterangan lain yang belum disebutkan</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Apakah Peserta memiliki /dijamin oleh Asuransi lain ? *)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika Ya, mohon sebutkan :</p> <p>.....</p> <p>Nama Perusahaan Asuransi :</p> <p>Nama Program Asuransi :</p> <p>No. Polis :</p> <p>Tanggal Efektif Polis :</p>

Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke :

Nama Pemilik Rekening : Mata Uang : Rupiah
 No. Rekening : US\$
 Nama Bank : Lainnya :
 Cabang :

Catatan :
 Pembayaran klaim hanya akan dilakukan untuk pengajuan klaim yang disetujui sesuai dengan ketentuan polis.

Pengajuan Klaim harus disertai dengan dokumen-dokumen sebagai berikut :

- Formulir Surat Pengajuan Klaim Meninggal Dunia **Asli**
- Surat Keterangan Dokter Untuk Pengajuan Klaim Meninggal Dunia **Asli**
- Fotokopi Legalisir** Kartu Pengenal Peserta
- Fotokopi Legalisir** Kartu Pengenal Peserta/Akte Kelahiran termasuklahat
- Fotokopi Legalisir** Kartu Keluarga
- Fotokopi Legalisir** Surat Keterangan Kematian dari Instansi yang Berwenang dan Bukti Pemakaman dari Dinas Pemakaman
- Fotokopi Legalisir** Surat Keterangan/Berita Acara Kepolisian (Kecelakaan)
- Fotokopi Legalisir** Surat Visum et Repertum
- Fotokopi Legalisir** Surat Keterangan Meninggal dari Kedutaan Besar Republik Indonesia Jika Meninggal Di Luar Negeri
- Dokumen Lain yang di anggap perlu

*) Gunakan lembar tambahan bila diperlukan

Tempat & Tanggal

Tanda Tangan dan Nama

Catatan : Harap formulir ini dilampirkan bersama kelengkapan dokumen klaim dan diserahkan kepada Human Resources Department (HRD) Perusahaan untuk dikirimkan kepada : **Corporate Solutions – AXA Tower Lt.11, Jl.Prof.Dr.Satrio Kav.18 Kuningan City – Jakarta 12940, Indonesia.**

Telp. 500 803 Fax.+62 21 3005 9703 Email: CorporateSolutions@axa-mandiri.co.id

SURAT PERNYATAAN
LETTER OF STATEMENT

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, dan memberikan semua keterangan yang terdapat dalam formulir klaim tersebut dengan lengkap, benar dan sejujurnya. Selanjutnya saya setuju bahwa jika saya membuat atau dalam pernyataan selanjutnya sehubungan dengan klaim tersebut terdapat unsur pemalsuan atau penipuan atau mendiamkan, menyembunyikan atau memberikan pernyataan yang salah mengenai materi fakta dengan cara apapun, maka polis menjadi batal, dan semua hak untuk mendapatkan ganti rugi berdasarkan polis ini untuk klaim yang lalu maupun yang akan datang akan hilang.

I hereby certify that I have read, understand, and give you all the information in the claim form completely, truly and honestly. I agree that if I make a statement or in the claim there is an element of fraud or deceit or suppress, conceal or provide false statements concerning material facts in any way, then the policy shall be cancelled, and all of the rights to be compensated by this policy for the last claim and future will be lost.

Dengan ini saya memberi kuasa penuh pada setiap Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Perusahaan Asuransi, Organisasi, Instansi atau individu lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan dan kesehatan Saya/Tertanggung untuk memberitahukan kepada PT. AXA Mandiri Financial Services atau wakilnya yang berwenang. Fotokopi dari surat kuasa ini dianggap sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama dengan aslinya.

I hereby give a full authority to every Doctors, Hospitals, Clinics, Insurance Companies, organizations, agencies or other individuals who have a record or know the state of health and I / insured to notify the PT. AXA Mandiri Financial Services or an authorized representative. Photocopy of this Letter of Statement attorney is valid and has the same legal effect as the original.

Nama Lengkap / Full Name :
No. KTP / Identity Number :
No. Telepon / Phone Number :

Ditandatangani di Tanggal / /.....
Signed Date

Materai Rp.6000

(_____)
Nama Lengkap & tanda tangan
Full name & signature