



# FORMULIR PENGAJUAN KLAIM MENINGGAL DUNIA/ DEATH CLAIM FORM

## Catatan Penting / Important Notes :

1. **Isilah formulir ini dengan lengkap & benar, lengkapi dokumen klaim yang dibutuhkan agar klaim dapat diproses dengan cepat & akurat** / Please fill this form completely & correctly, complete all needed documents to ensure fast & accurate claim processing.
2. **Apabila kolom yang ada tidak mencukupi, mohon dituliskan di lembar lainnya** / If the space is not enough, please written on other sheets.
3. **Setiap koreksi penulisan/pengisian dalam bentuk catatan atas formulir ini wajib ditandatangani oleh pengaju klaim** / Any corrections made to this form must be signed by the claimant.
4. **Komunikasi terkait proses klaim akan disampaikan melalui email/SMS/ telp/WhatsApp.** Communication on claim processes will be done through email / SMS / phone call / WhatsApp.

## BAG. 1

### DIISI OLEH AHLI WARIS / FILLED BY BENEFICIARY

#### A. DATA PEMEGANG POLIS/TERTANGGUNG

No Polis / Policy No :

Nama Pemegang Polis / Policy Holder :

Nama Tertanggung (bila berbeda dengan pemegang polis) /  
Insured's Name (if insured not the same person with Policy Holder)

E-mail / E-mail Address :

Nomor Ponsel / Cellphone Number :

Hubungan Dengan Tertanggung / Relationship With Insured :

Suami/Istri / Spouse     Orang Tua / Parents     Lainnya / Other

Anak / Child     Saudara Kandung / Siblings

Tanggal Meninggal / Date of Death :

Tempat Meninggal / Place of Death :

Rumah / Home     Rumah Sakit / Hospital     Lainnya / Other

Sebab Meninggal / Cause of Death :

Sakit / Illness     Kecelakaan / Accident     Lainnya / Other

Riwayat Perawatan/Pengobatan / History of Treatment :

Nama Dokter/Rumah Sakit / Name of Doctor(s) or Hospital(s)

Tanggal Perawatan / Treatment Date



## B. POLIS LAIN YANG DIMILIKI TERTANGGUNG / OTHER POLICY THAT INSURED HAD

Nama Perusahaan Asuransi / Name of The Insurance Company :

## C. DATA PEMBAYARAN KLAIM / CLAIM PAYMENT DETAILS

Mohon Lampirkan Fotokopi Buku Tabungan Ahli Waris /

Please Enclose Copy of Beneficiary's Bank Account :

## D. PERNYATAAN KUASA / STATEMENT OF AUTHORITY

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas 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, Intitusi 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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Nama dan Tanda Tangan Pemegang Polis/Ahli Waris)

### Wajib melampirkan:

1. Copy KTP/SIM/Paspor Pemegang Polis dan Tertanggung
2. Kartu Keluarga/Akte lahir jika Tertanggung adalah pasangan/anak dari Pemegang Polis
3. Akte Kematian
4. Surat bukti pemakaman
5. Berita acara kepolisian (apabila meninggal karena kecelakaan)
6. Visum Dokter (apabila meninggal karena kecelakaan)

### PT AXA Life Indonesia AXA Life Care

AXA Tower Lt. GF, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia  
Tel: +62 21 3005 6800 | Fax: +62 21 3005 7100 | Email: customer@axa-life.co.id | WhatsApp: 0858 3005 6800

### Head Office

AXA Tower Lt. 20, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia  
Website: www.axadirect.co.id



## BAG. 2

### DIISI OLEH DOKTER YANG MERAWAT/MEMERIKSA / FILLED BY TREATING DOCTOR

#### A. DIISI OLEH DOKTER YANG MERAWAT/MEMERIKSA / FILLED BY TREATING DOCTOR

Nama Pasien / Patient's Name :

Tanggal Lahir / Date of Birth :

#### B. INFORMASI MEDIS / MEDICAL DETAILS

Diagnosa Penyebab Meninggal / Diagnosis :

Penyebab Diagnosa / Cause of :

Tanggal Pertama Kali Diagnosa / First Diagnosed :

tgl/bln/thn / dd/mm/yy

Apakah Pasien Pernah Mendapatkan Perawatan Sebelumnya Untuk Keadaan Penyakit Ini? Jika ya, Pada Tanggal Berapa? / Has The Patient Ever Been Treated For This Symptoms/Illnes? If Yes, Please Give The Date : \_\_\_\_\_ (tgl/bln/thn / dd/mm/yy)

Apakah Penyebab Meninggal Berhubungan Dengan / Did The Cause of Death Related With :

Bunuh Diri / Committed Suicide

Ya / Yes

Tidak / No

HIV / AIDS

Ya / Yes

Tidak / No

Alkohol/Narkotika Atau Penyalahgunaan Obat-obatan Atau Segala Cedera Atau Penyakit Yang Diderita Setelah Mengonsumsi Cairan Obat-obatan Yang Berbahaya / Alcoholism/Narcotics Or Drug Abuse Or Any Injury Or Illness Suffered After Taking Intoxicating Liquors or Drugs?

Ya, Mohon Jelaskan / Yes, Please Explain

Tidak / No

Riwayat Perawatan/Pengobatan / History of Treatment :

Nama Dokter/RS / Name of Doctor(s) Or Hospital(s) :

Diagnosa / Diagnosis :

Tanggal Perawatan / Treatment Date :

Dengan ini Saya Menyatakan Bahwa Saya Adalah Dokter Yang Merawat/Memeriksa Pasien ini, Dan Saya Memberikan Keterangan Yang Sebenar-benarnya Sesuai Dengan Pengetahuan Yang Saya Miliki / Hereby I declare that I'm the patient treating medical doctor and that the particulars given are true and correct to the best of my knowledge.

Nama Dokter / Doctor's Name :

Spesialisasi / Specialization :

Nomor Ponsel / Cellphone Number :

Tanggal / Date :

Stempel, Nama & Tanda Tangan Dokter / Stamp, Name & Doctor Signature :