Nomor Polis:

Formulir Klaim Meninggal Dunia

(diisi oleh dokter)

Kepada YTH. Teman Sejawat

Pasien / Tertanggung / Almarhum / -ah Teman Sejawat di bawah ini merupakan peserta asuransi dari PT. AXA Mandiri Financial Services.

Guna memperlancar proses klaim dan sebagai syarat pengajuan klaim asuransi, mohon kesediaan Teman Sejawat untuk mengisi Formulir Klaim Meninggal Dunia ini dengan detail dan lengkap.

Setiap koreksi penulisan / pengisian dalam bentuk catatan atas formulir ini wajib ditandatangani, mohon untuk tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong.

☐ Meninggal Dunia ☐ Kecelakaan ☐ Perlindungan Pembayaran Premi (WP/WPDD21)

Diisi oleh petugas Tanggal diterima: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Notes

* Coret yang tidak diperlukan
* Format penulisan tanggal (Tanggal / Bulan / Tahun)

☐ Isi dan berikan tanda (✓) pada kotak sesuai pilihan

1. Data Pasien / Almarhum / Almarhumah

Nama Lengkap Pasien / Almarhum / -ah:

No. Pasien / Rekam Medis :

Nomor KTP / SIM / Paspor * :

Tempat Lahir : Tanggal Lahir ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita Umur ☐☐☐ tahun

Alamat :

Nama Dokter yang merawat :

E-Mail :

Untuk pengiriman informasi, apakah anda setuju dikirimkan melalui e-mail : ☐ Ya ☐ Tidak

2. Informasi Pasien / Almarhum / Almarhumah atau Financial Advisor

Apakah Teman Sejawat mengenal Pasien / Almarhum / -ah atau Financial Advisor Sebelumnya? (dalam bulan / tahun)

☐ Pasien ☐ Financial Advisor ☐☐ bulan ☐☐ tahun

Apakah Teman Sejawat mempunyai hubungan keluarga dengan Pasien / Almarhum / -ah atau Financial Advisor sebelumnya?
Jika "Ya", mohon jelaskan. ☐ Ya ☐ Tidak

☐ Pasien ☐ Financial Advisor

Tanggal pertama kali Pasien / Tertanggung datang untuk berkonsultasi: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Nama Dokter yang mereferensikan Pasien / Tertanggung kepada Teman Sejawat dalam hal penyakit yang dideritanya:

3. Penyebab Kematian

Tanggal meninggal dunia : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Tempat meninggal dunia :

Penyebab meninggal dunia :

Kapan dan berapa lama gejala itu ada sebelum pertama kali konsultasi :

PT AXA Mandiri Financial Services
AXA Tower lt.9, Jl. Prof Dr. Satrio Kav.18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
Telp : 1500803 Email : customer@axa-mandiri.co.id www.axa-mandiri.co.id

Apakah sudah / akan dilakukan otopsi (pemeriksaan jenazah)? Jika "Ya", mohon jelaskan. ☐ Ya ☐ Tidak

Tanggal Otopsi : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Hari: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tempat Otopsi :

Hasil Otopsi :

Apakah sudah / akan diadakan pemeriksaan oleh bagian forensik? Jika "Ya", mohon jelaskan. ☐ Ya ☐ Tidak

Tanggal pemeriksaan forensik : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Hari: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tempat dilakukan forensik :

Hasil forensik :

Jika meninggal karena kecelakaan, mohon jelaskan.

Tanggal terjadinya kecelakaan : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Waktu terjadinya kecelakaan: ☐☐ : ☐☐

Mohon jelaskan kronologis kecelakaan secara singkat :

Apakah penyebab meninggal dikarenakan kondisi saat ini atau penyakit kronis? Jika "Ya", mohon jelaskan.

1. Riwayat penyakit sebelumnya atau cedera yang pernah dialami : ☐ Ya ☐ Tidak
2. Gaya hidup : ☐ Ya ☐ Tidak
3. Pekerjaan : ☐ Ya ☐ Tidak
4. Berhubungan dengan HIV : ☐ Ya ☐ Tidak

4. Riwayat Kesehatan

Perawatan di klinik atau Rumah Sakit (termasuk rawat jalan)

Tanggal konsultasi / Tanggal masuk Rumah sakit	Nama dokter / Rumah Sakit	Keluhan dan gejala	Diagnosa	Perawatan yang dilakukan (mohon cantumkan prosedur bedah yang telah atau akan dilakukan)

Apakah kematian mempunyai keterkaitan dengan faktor kebiasaan? Jika "Ya", mohon jelaskan.

1. Kebiasaan merokok : ☐ Ya ☐ Tidak
2. Minuman keras : ☐ Ya ☐ Tidak
3. Obat-obatan terlarang : ☐ Ya ☐ Tidak
4. Faktor lain (mohon jelaskan) : ☐ Ya ☐ Tidak

5. Riwayat Keluarga Pasien / Almarhum / Almarhumah

Apakah ada anggota keluarga dekat yang meninggal dunia dikarenakan menderita penyakit yang sama?
Jika "Ya", mohon jelaskan hubungan keluarga dan penyakit tersebut.

☐ Ya ☐ Tidak

6. Pernyataan dan Surat Kuasa

Dengan ini, Saya menyatakan bahwa saya adalah Dokter untuk Pasien / Tertanggung yang dimaksud dan bahwa keterangan yang diberikan adalah lengkap dan benar menurut apa yang paling saya ketahui,

Nama Dokter :

Tanggal ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Spesialis :

No. Telp :

Alamat surat-menyurat :

(Nama Dokter)

Tanda tangan & Cap Rumah Sakit