



Formulir Klaim Meninggal Dunia

(Diisi oleh Pemegang Polis/Termaslahat/Ahli Waris yang sah)

Informasi penting

- Semua bagian dalam formulir ini wajib diisi dengan lengkap sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat.
- Setiap koreksi penulisan/pengisian dalam bentuk catatan atas formulir ini wajib ditandatangani oleh Pemegang Polis/Tertanggung.
- Mohon untuk tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong.
- Tidak dipungut biaya apapun, oleh karyawan AXA Mandiri sehubungan dengan pengajuan klaim ini.

1. Data Almarhum/Almarhumah

Nama Lengkap :

Tanggal Lahir : / /

2. Informasi Kontak

Alamat Pemohon :

Alamat e-mail :

No. Telepon/Handphone :

3. Jenis Klaim

Meninggal Dunia Karena sakit

Meninggal Dunia karena Kecelakaan

4. Rincian Kematian

Tanggal Meninggal : / /

Tempat Meninggal :

Penyebab dan kronologis meninggal

5. Informasi Asuransi Lainnya

Apakah Almarhum/Almarhumah juga dilindungi atau memiliki asuransi lainnya ? Ya Tidak

Jika "Ya" sebutkan nama Perusahaan Asuransinya

6. Keterlambatan Pengajuan Klaim

Klaim harus diajukan dalam waktu 30 hari sejak tanggal meninggal, jika pengajuan klaim Anda melampaui batas ini, mohon berikan alasannya.

7. Perincian Pembayaran

No. Rekening Bank :

Nama Pemilik Rekening :

Nama Bank : Cabang:

Alamat Bank :

8. Kelengkapan Dokumen

Dokumen Wajib	Jika meninggal karena penyakit	Jika meninggal karena Kecelakaan
<input type="checkbox"/> Formulir Klaim Meninggal (Termaslahat) - Asli <input type="checkbox"/> Polis - Asli <input type="checkbox"/> Akta Kematian dari Instansi yang berwenang - Asli/Fotokopi legalisir <input type="checkbox"/> KTP/SIM/Paspor Tertanggung dan Termaslahat - Fotokopi <input type="checkbox"/> Kartu Pengenal/Akta lahir Termaslahat - Fotokopi <input type="checkbox"/> Kartu Keluarga - Fotokopi <input type="checkbox"/> Surat Keterangan dari Pemegang Polis/Termaslahat yang bermaterai cukup (apabila dikuasakan) - Asli	<input type="checkbox"/> Formulir Klaim Meninggal (Dokter) - Asli/Fotokopi legalisir	<input type="checkbox"/> Formulir Klaim Meninggal (Dokter) - Asli/Fotokopi legalisir <input type="checkbox"/> Surat Visum et Repertum - Asli/Fotokopi legalisir <input type="checkbox"/> Surat Keterangan/Berita Acara Kepolisian - Asli/Fotokopi legalisir

Dokumen Pendukung

Jika Akta Kematian tidak ada :

- Surat Keterangan Kematian dari Kelurahan atau Kecamatan setempat - Asli/Fotokopi legalisir
- Surat bukti pemakaman dari Dinas Pemakaman - Asli/Fotokopi legalisir

9. Pernyataan Dan Kuasa

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa

1. Saya telah membaca, mengerti, menjawab dan mengisi pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan sebenar-benarnya, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya.
2. Saya menyatakan dan menyetujui bahwa Saya memiliki kuasa dan persetujuan dari orang yang bersangkutan untuk membuat pernyataan dan persetujuan seperti yang disebutkan di atas.
3. Salinan dari Pernyataan dan Kuasa ini sama sah dan berlakunya sesuai dengan dokumen aslinya.
4. 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 Mandiri AXA General Insurance atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung.

Saya menyatakan bahwa informasi yang Saya berikan ini adalah data pribadi Saya atau data lainnya adalah benar dan bersama ini Saya memberikan persetujuan kepada PT Mandiri AXA General Insurance untuk :

- a. Mengungkapkan data pribadi Saya (termasuk data terbaru) kepada pihak ketiga termasuk penyedia jasa untuk mengizinkan PT Mandiri AXA General Insurance dalam memberikan Saya layanan terkait atas produk yang Saya beli dan untuk tujuan komersial lainnya.
- b. Menggunakan data pribadi Saya hanya untuk tujuan pemasaran langsung, penawaran produk dan aktivitas promosi lainnya, oleh karena itu Saya mengizinkan PT Mandiri AXA General Insurance untuk menghubungi Saya dalam rangka memberikan informasi mengenai produk dan layanan melalui sarana telekomunikasi privat termasuk namun tidak terbatas melalui *e-mail*, telepon, SMS yang telah Saya berikan ini.

[Penting : Mohon beri tanda pada kotak di bawah ini apabila Anda setuju atau tidak setuju dengan penggunaan data pribadi Anda untuk tujuan di atas]

- Saya setuju dengan penggunaan data pribadi Saya untuk tujuan di atas.
 Saya tidak setuju dengan penggunaan data pribadi Saya untuk tujuan di atas.

Nama Pemohon :

Hubungan dengan Tertanggung :

No.KTP/SIM/Paspor :

Nomor Tax Identification Number : (Jika warga negara atau wajib pajak Amerika Serikat)

Tanggal: / /

()
Tanda Tangan Pemohon