

# FORMULIR KLAIM MENINGGAL | DEATH CLAIM FORM

(Diisi Oleh Penerima Manfaat | Filled by Beneficiary)

**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 Penerima Manfaat.  
*Any corrections made to this form must be signed by the Beneficiary.*
- 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 <i>Health Claim Submission Standard Document</i>		Nomor Polis   Policy Number <i>(dapat di isi lebih dari 1 polis jika klaim ditujukan kepada beberapa Polis   can be filled more than 1 policy if claim for multiple Policies)</i>										
<input type="checkbox"/> Formulir Klaim Meninggal (Bagian I) <i>Claim Form (Section I)</i>		1.										
<input type="checkbox"/> Formulir Keterangan Dokter (Bagian II) <i>Doctor Statement (Section II)</i>		2.										
<input type="checkbox"/> Akte Kematian dari Instansi yang berwenang (fotokopi legalisir) <i>Death Certificate from the competent authority (photocopy of legalized)</i>		3.										
<input type="checkbox"/> Fotokopi KTP/Paspor dan KITAS (jika WNA) Tertanggung dan Penerima Manfaat <i>Photocopy of National ID card/Passport and KITAS (if foreigners) of the Insured and Beneficiaries</i>		4.										
<input type="checkbox"/> Fotokopi Kartu Keluarga Tertanggung dan Penerima Manfaat <i>Photocopy of Family Card of the Insured and Beneficiary</i>		5.										
<input type="checkbox"/> Fotokopi Kartu Pengenal/Akte Lahir Penerima Manfaat <i>Photocopy of Beneficiary Identification Card/Birth Certificate</i>		6.										
<input type="checkbox"/> Surat Keterangan Meninggal dari KBRI jika meninggal di luar negeri (fotokopi legalisir) <i>Death Certificate from the Indonesian Embassy in case of death abroad (legalized photocopy)</i>		<b>Jika Akte Kematian tidak ada   If there is no Death Certificate</b>										
<input type="checkbox"/> Surat visum et repertum jika meninggal karena kecelakaan/tidak wajar (asli/fotokopi legalisir) <i>Visum et repertum letter if died due to accident/unnatural (original/legalized photocopy)</i>		<input type="checkbox"/> Surat Keterangan Kematian dari Kelurahan setempat (asli/fotokopi legalisir) <i>Death Certificate from the local Village (original/legalized photocopy)</i>										
<input type="checkbox"/> Surat Keterangan Kepolisian jika meninggal karena kecelakaan/tidak wajar (asli/fotokopi legalisir) <i>Police certificate if death due to accident/unnatural (original/photocopy of legalized)</i>		<input type="checkbox"/> Surat Bukti Pemakaman dari Dinas Pemakaman (asli/fotokopi legalisir) <i>Funeral Proof of Funeral Service (original/photocopy of legalized)</i>										
<input type="checkbox"/> Fotokopi Buku rekening / tangkapan layar nomor rekening dari aplikasi perbankan dari seluruh Penerima Manfaat sesuai polis (1 Penerima Manfaat 1 nomor rekening) <i>Photocopy account book / screenshot of account number from banking applications from all Beneficiaries according to policy (1 beneficiary 1 account number)</i>												
Jenis Perawatan <i>Treatment type</i>	<input type="checkbox"/> Meninggal <i>Death</i>	<input type="checkbox"/> Pembebasan Premi <i>Waiver Premium</i>	<input type="checkbox"/> Lain-lain <i>Other</i>									

## BAGIAN I. PERNYATAAN PENERIMA MANFAAT/PEMOHON | SECTION I. BENEFICIARIES/CLAIMANT STATEMENT

Nama Lengkap <i>Full Name</i>																											
NIK <i>National ID No</i>																											
Hubungan Dengan Tertanggung <i>Relationship with the Insured</i>	<input type="checkbox"/> Anak <i>Child</i>	<input type="checkbox"/> Istri <i>Wife</i>	<input type="checkbox"/> Suami <i>Husband</i>	<input type="checkbox"/> Lain-lain <i>Other</i>	Mohon sebutkan   Please specify:																						
Nomor Telepon <i>Telephone Number</i>																											
Alamat Surat Elektronik <i>E-mail Address</i>																											
Menyatakan dengan sebenarnya, bahwa:   Stating truthfully, that:																											
Nama Pemegang Polis <i>Policy Holder Name</i>																											
NIK Pemegang Polis <i>Policy Holder ID No</i>																											
Nama Tertanggung <i>Insured Name</i>																											
Pastikan nama Tertanggung sesuai 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 <i>Insured ID Card No</i>																											
Tanggal Lahir (dd-mm-yyyy) <i>Date of Birth (dd-mm-yyyy)</i>												Umur <i>Age</i>							Tahun <i>Year</i>						Jenis Kelamin <i>Sex</i>	<input type="checkbox"/> Laki-Laki <i>Male</i>	<input type="checkbox"/> Perempuan <i>Female</i>
Tanggal meninggal (dd-mm-yyyy) <i>Date of date (dd-mm-yyyy)</i>												Tempat meninggal <i>Place of date</i>															
Diagnosa / penyebab meninggal <i>Diagnosis / cause of death</i>																											
Berhubungan dengan kecelakaan? <i>Related to Accident?</i>	<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Tanggal Kecelakaan <i>Date of Accident</i>																								
	Tempat Kecelakaan <i>Place of Incident</i>																										
Jelaskan Kronologis Meninggal atau Kecelakaan <i>Explain the Chronology of Death or Accident</i>																											



2. Saya dengan ini menyatakan bahwa Saya tidak berhak dan tidak akan membantah, menyanggah, mempertanyakan dan/atau mempermasalahkan kebenaran Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya. Saya menyatakan bahwa Saya menerima seluruh ketentuan Polis (termasuk Endorsemen, jika ada).  
*I hereby declare that I have no right and shall not dispute, deny, question, and/or challenge the accuracy of the Pre-Existing Information. I further declare that I accept all provisions of the Policy (including any Endorsements, if any).*
3. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan dalam formulir klaim ini, serta formulir dan dokumen lainnya yang diisyaratkan oleh AXA Mandiri sebagai bagian dari pengajuan permohonan klaim Manfaat Asuransi ("Informasi Konsumen"), adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan.  
*I hereby declare and warrant that all data, information, answers, statements, conditions, declarations, and/or facts provided by I in this claim form, as well as in any other forms and documents required by the AXA Mandiri as part of the submission of the insurance benefit claim ("Consumer Information"), are complete, true, accurate, current, in accordance with the actual circumstances, and consistent with one another, and that no Consumer Information has been concealed by Me.*
4. Apabila sebagian atau seluruh (i) Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya; dan/atau (ii) Informasi Konsumen ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Klaim ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika Perusahaan Asuransi melakukan hal-hal berikut ini:  
*In the event that any part or all of (i) the Pre-Existing Information; and/or (ii) the Consumer Information is found to be incomplete, untrue, inaccurate, outdated, not in accordance with the actual circumstances and/or inconsistent with one another, or if there is any Consumer Information concealed by Me, by signing this Claim Form, I AGREE AND CONSENT to the Insurance Company undertaking the following actions:*
- Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;  
*Reject any claim for Insurance Benefits submitted and decline to pay all or part of the Insurance Benefits;*
  - Melakukan penilaian risiko ulang (*re-underwriting*), dan menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar jika ada; dan/atau Melakukan reassessment of risk (*re-underwriting*), and adjust the coverage, and/or adjust the amount of Premium or Insurance Charges payable if any; and/or
  - Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi jika ada dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi jika ada yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. AXA Mandiri juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atau kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Investasi yang ada dalam Polis jika ada dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan.  
*Collect any shortfall in Premium and/or Insurance Charges if any in the event that, as a result of the risk reassessment (re-underwriting), the amount of Premium and/or Insurance Charges if any payable is greater than that stated in the Policy. AXA Mandiri shall also be entitled to set off such shortfall against the Investment Value under the Policy if any and/or the Insurance Benefits payable.*
5. Saya senantiasa menjamin untuk merahasiakan dan tidak akan menggandakan, mengungkapkan maupun menyebarkan setiap dan segala informasi pribadi Saya yang berhubungan dengan termasuk hubungan hukum yang didasarkan atas pengajuan pada dokumen/formulir ini antara Saya dan AXA Mandiri kepada pihak manapun melalui media apapun. *I always guarantee to keep confidential and will not duplicate, disclose or disseminate any and all of My personal information related to including legal relationships based on the submission of this document/form between Me and the AXA Mandiri to any party through any medium.*
6. 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.*
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 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 claim application if it does not fulfill and violates the provisions of the law.*
8. AXA Mandiri tidak akan memberikan perlindungan atau tidak berkewajiban membayar setiap klaim atau memberikan manfaat, jika hal itu akan menyebabkan AXA Mandiri 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 AXA Mandiri shall be deemed to provide cover and no AXA Mandiri 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 AXA Mandiri 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.*

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

- 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 berwenang lainnya, termasuk di Indonesia sebagaimana diundangkan beserta perubahannya dari waktu ke waktu ("Kewajiban Hukum")  
*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")*
- Saya juga setuju untuk menyediakan bantuan yang mungkin diperlukan Perusahaan untuk memenuhi seluruh kewajibannya sebagaimana diatur dalam Kewajiban Hukum tentang diri Saya atau polis Saya. Jika penyediaan informasi atau data melebihi 30 hari sejak transaksi diajukan, maka Saya akan menanggung semua risiko termasuk tapi tidak terbatas pada penolakan dan/atau pembekuan transaksi.  
*I also agree to provide any assistance that the Company may need to fulfill all of its obligations as set out in the Legal Obligations regarding Me or My policy. If the provision of information or data exceeds 30 days since the transaction is submitted, then I will bear all risks including but not limited to rejection and/or freezing of the transaction.*

\*Saya = Penerima Manfaat

\*I = Beneficiary

**G. KUASA PENERIMA MANFAAT | AUTHORIZATION BY BENEFICIARY**

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

- Saya setuju memberikan kuasa kepada AXA Mandiri untuk meminta semua keterangan, informasi, dokumen, dan ringkasan/catatan medis ("Informasi") mengenai Saya 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, dan Saya dengan ini memberikan ijin dan kuasa kepada Pemegang Informasi untuk memberikan Informasi kepada AXA Mandiri dalam rangka proses klaim dan pelayanan nasabah.  
*I agree to authorize AXA Mandiri to request all information, information, documents, and summaries/medical records ("Information") regarding Me 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 information, and I hereby grant permission and power to the Information Holder to provide information to AXA Mandiri in the framework of the claim process and customer service.*
- Saya setuju dan mengizinkan AXA Mandiri untuk menggunakan atau memberikan informasi, keterangan, atau data-data Saya yang diperoleh dan/atau dimiliki AXA Mandiri 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 AXA Mandiri baik di dalam atau luar negeri dalam rangka, termasuk tapi tidak terbatas pada pelayanan nasabah, proses klaim, dan/atau penawaran produk.  
*I agree and allow AXA Mandiri to use or provide information, information, or My data obtained and/or owned by AXA Mandiri to third parties (including but not limited to insurance, reinsurance, bank, group, and affiliations of Shareholders, as well as other parties) who cooperate with AXA Mandiri both at home and abroad in the context of, including but not limited to customer service, claim processing, and/or product offerings.*

\*Saya = Penerima Manfaat

\*I = Beneficiary

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

