



			-						
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

			-						
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

			-							
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

Tanggal Lahir : / /

Alamat Pemohon :

Alamat e-mail : _____

[illegible]

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

Tanggal Meninggal : / /

[illegible]

Penyebab dan kronologis meninggal

--

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

Jika “Ya” sebutkan nama Perusahaan Asuransinya

--

Klaim harus diajukan dalam waktu 90 hari sejak tanggal meninggal, jika pengajuan klaim Anda melampaui batas ini, mohon berikan alasannya.

7. Perincian Pembayaran

Nomor Rekening Bank :

Nama Pemilik Rekening :

Nama Bank : Cabang:

Alamat Bank :

8. Informasi Tentang Pajak

Untuk memastikan kepatuhan atau ketaatan terhadap peraturan pajak, mohon agar menjawab pertanyaan di bawah ini :
Apakah Anda melakukan pelaporan pajak di luar negara Indonesia? ☐ Ya ☐ Tidak

Bila "Ya", maka harap mengisi Formulir deklarasi diri (individu/Badan Usaha) terkait perpajakan kepada negara mitra dan khusus untuk Warga Amerika Serikat (USA) maka wajib mengisi Formulir W-9.

Mohon cantumkan TIN (*Taxpayer Identification Number*) :

9. Kelengkapan Dokumen

Dokumen Wajib	Jika meninggal karena penyakit	Jika meninggal karena Kecelakaan
☐ Formulir Klaim Meninggal (Termaslahat) - Asli ☐ Polis - Asli (Jika <i>e-policy</i> tidak perlu melampirkan Polis) ☐ Akta Kematian dari Instansi yang berwenang - Asli/Fotokopi legalisir ☐ KTP/SIM/Paspor Tertanggung dan Termaslahat - Fotokopi ☐ Kartu Pengenal/Akta lahir Termaslahat - Fotokopi ☐ Kartu Keluarga - Fotokopi ☐ Surat Keterangan dari Pemegang Polis/Termaslahat yang bermaterai cukup (apabila dikuasakan) - Asli	☐ Formulir Klaim Meninggal (Dokter) - Asli/Fotokopi legalisir	☐ Formulir Klaim Meninggal (Dokter) - Asli/Fotokopi legalisir ☐ Surat Visum et Repertum - Asli/Fotokopi legalisir ☐ Surat Keterangan/Berita Acara Kepolisian - Asli/Fotokopi legalisir
Dokumen Pendukung		
Jika Akte Kematian tidak ada: ☐ Surat Keterangan Kematian dari Kecamatan Setempat - Asli/Fotokopi legalisir ☐ Surat bukti pemakaman dari Dinas Pemakaman - Asli/Fotokopi legalisir	Jika Akte Kematian tidak ada: ☐ Surat Keterangan meninggal dari KBRI (Kedutaan Besar Republik Indonesia)	Terkait Pajak: ☐ Formulir deklarasi diri (individu/Badan Usaha) ☐ Formulir W-9

10. Pernyataan Dan Kuasa

Saya menyatakan bahwa informasi yang saya berikan ini adalah data pribadi saya atau data lainnya adalah benar dan bersama ini saya memberikan persetujuan kepada AXA Mandiri Financial Services untuk:

- Mengungkapkan data pribadi saya (termasuk data terbaru) kepada pihak ketiga termasuk penyedia jasa untuk mengizinkan AXA Mandiri Financial Services memberikan layanan terkait atas produk yang saya beli dan untuk tujuan komersial lainnya.
- Menggunakan data pribadi saya hanya untuk tujuan pemasaran langsung, penawaran produk dan aktivitas promosi lainnya. Oleh karena itu, saya mengizinkan AXA Mandiri Financial Services untuk menghubungi saya dalam rangka memberikan informasi mengenai produk dan layanan melalui sarana telekomunikasi pribadi termasuk namun tidak terbatas pada e-mail, telepon dan 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.

Dengan ini saya menyatakan dan menyetujui bahwa:

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

Nama Pemohon :

Hubungan dengan Tertanggung :

Nomor KTP/SIM/Paspor :

Nama FA (yang membantu proses klaim) :

Kode FA (yang membantu proses klaim) : - -

Tanggal: / /

()
Tanda Tangan Pemohon