

FORMULIR KLAIM KESEHATAN HEALTH CLAIM FORM

Diisi oleh Pemegang Polis/Tertanggung(Filled by Policy Holder/ The Insured) Nomor Polis (policy number) Plan Nomor polis lain (other policy number) Catatan Semua bagian dalam formulir ini wajib diisi lengkap dan benar oleh Pemegang Polis/Tertanggung serta jelas terbaca oleh Penanggung sesuai dengan fakta yang sebenarnya (All fields in this form must be filled completely and correctly by Policy Holder/The Insured in accordance with actual facts) Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi (Claim would be proceed only if the documents is completed) 2. Apabila kolom yang ada tidak mencukupi, mohon di tuliskan di lembar lainnya (If the space is not enough, please written on other sheet 3. Setiap koreksi di dalam formulir ini wajib di paraf oleh Pemegang Polis/Tertanggung (Any correction in this form must be initialed by the Policy Holder/The Insured) A. Syarat Dokumen Klaim (Claim Document Requirement) Mohon beri tanda cek (V) pada list dokumen yang diserahkan (Please kindly check with (V) on the document list of submission) **Dokumen Wajib (Mandatory Document)** Dokumen ASLI yang harus diserahkan (Original documents to be submitted) Formulir Klaim Kesehatan (Original Claim Form) Surat Keterangan Dokter Klaim Kesehatan yang diisi oleh Dokter yang merawat untuk setiap perawatan(Attending Physician's Statement: filled by Treating doctor) Segala bukti pembayaran (kuitansi) Asli (bukan fotokopi/duplikat) yang hanya dikeluarkan satu kali) (All proof of payment (receipts) are genuine/original (not copies/duplicates, which are only issued once)) Rincian Biaya Perawatan, Obat-Obatan, Salinan Resep & Alat Kesehatan (Invoice detail of treatment, drugs, copy of prescribtion and medical equipment) Dokumen berikut dapat berupa ASLI/Salinan (Supporting document submitted below preferred Original/ Copy Documents) Fotokopi Identitas Diri (KTP/KITAS) Pemegang Polis (Copy of Policy holder's identity card (KTP/KITAS)) Fotokopi Identitas Diri (KTP/KITAS) Tertanggung (jika usia Tertanggung < 17 tahun, dapat melampirkan Fotokopi Akta Lahir dan Kartu Keluarga) (Copy of Insured's identity card (KTP/KITAS) (if Insured's age <17 yo, please submit copy of birth certificate and Family ID Card) Fotokopi Halaman Depan Buku Tabungan Penerima Manfaat (Copy of Beneficiary's Bank account number) Legalisir Surat Rekomendasi /Rujukan Terapi untuk perawatan berkelanjutan (Certified copy of Letter of recommendation/reference of treatment for sequence therapy) Fotokopi Resume Medis dan Hasil Pemeriksaan Penunjang dan Interpretasinya, contoh: Laboratorium, Radiologi, dll (apabila dilakukan/terdapat di tagihan kwitansi) (Copy of Letter Medical resume, result of supporting examination and its interpretation, i.e: laboratorium, radiology (if any or if it's charged on the bill)) Dokumen lainnya yang diperlukan (Other required documents) a. Apabila sudah dijaminkan asuransi lain (if it's quaranteed by other Insurance) Asli Surat Koordinasi Manfaat apabila sudah dijaminkan asuransi lain (Letter of benefit coordination) b. Apabila Perawatan diakibatkan oleh kecelakaan, dokumen lain yang dibutuhkan (other document required if treatment is caused by an accident) Asli Surat Kronologis Kecelakaan format AFI yang diisi oleh Pemegang Polis/Tertanggung (AFI formated Letter of accident chronology, filled by Policy Holder or The Insured) Legalisir Surat Keterangan Kepolisian (Certified copy of Statement of Police report) Fotokopi SIM yang sesuai (A/B/C) dan berlaku saat kejadian kecelakaan (jika Tertanggung sebagai Pengendara) (Copy of Driver license (A/B/C) and it was active during the accident (if Insured was a driver)) Apabila Perawatan dilakukan diluar negeri, dokumen lain yang dibutuhkan (other document required if treatment is carried out abroad): Fotokopi Paspor (Copy of Pasport)

Fotokopi Tiket Pesawat Pulang-Pergi (Copy of flight ticket (depart-return))



	pe St: Ho do	uasa format embayaran k atement Let ospital / Te ocuments)* akan diinfor	Klaim) (Po tter of not ermless P	ower of t getting ower o	f Attor g cove f Atto	ney i rage rney	n 3 co from (on st	oies s Other amp	sign o Insur duty	n st ance for	amp e / Po discl	duty wer o osure	usin of At of	g Al torr Clai	T ten ney in im po	iplat the j iyme	e for form nt t	r me lat oj rans	dica f the fers,	l reco rele)* (C	ords, vant Othei	
	B. Informasi Un	num <i>(Gene</i>	eral Info	ormati	on)																	
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8.	Nama Pemegang Polis (Policy Holder Name) No Telpon/HP/Fax (Phone Number / Fax) Email Alamat Lengkap (Full Address) No KTP/Passport/KITA (ID Card/ Passport/KITA (ID Card/ Passport) Nama Tertanggung (Insured Name) Tanggal lahir (DOB) Alamat Lengkap (Full Address) No KTP/Passport/KITA (ID Card/ Passport/KITA (ID Card/ Passport/ ID Card/ Passport/ ID Card/ Passport/ (ID Card/ Passport/ ID	AS																				
	Jenis Kelamin (<i>Sex</i>) Apakah Tertanggung r Ya (<i>Yes</i>) Jika YA, mohon sebutk		Tid	lainnya ak <i>(No)</i>)	asuk E			(Fem			her Ins	surar	nce (ii	nclude	BPJS,)?					
		Nama Perusa Asurans (Insurance n	si				Nor (<i>Polic</i>	nor F y nui							(Po	ngga licy E (dd/	ffect	tive I	Date			
	C. Jenis Pengajua Rawat Inap (inpatient, Kecelakaan (accident))	Rav	<i>Claim)</i> wat Jala	an <i>(ou</i> :			ît)		_	e/Pos innya							desci	ribe)			
1. 2.	D. Informasi Medi Tanggal Rawat Inap (Date of Hospitalizaion Nama Rumah Sakit (Hospital name)	sampai	dengan/																			

Dokumen atau informasi lain yang diperlukan oleh Penanggung (seperti namun tidak terbatas pada) (Documents or

Surat Kuasa Format AFI asli 3 rangkap yang ditandatangani diatas materai untuk permintaan data medis/ Surat

other information required by the Insurer (such as but not limited to)):

WA																																	
	Alamat Rumah Sakit (Hospital Address)																														\mathbf{L}		
	(Trospitar Tidar Coo)																																
4.	Nama Dokter (Doctor's name)																														L		
5.	No. Rekam Medis (Medical Records)																														L		
	Perawatan karena Pe Sebutkan Keluhan da										con	nnle	nin+	-c ~	nd	-1400	nto	m	· +h	~+ <i>.</i>	aric	۵۱											
1.	Sebutkan kelunan da	п Сеја	a y	alle	3 1111	ibu	1 (171	ent	1011	uie	COII	ipic	<i></i>	.s ui	iiu s	yııı	μιο	1115			1115												
	Sejak Kapan Keluhan (The date of sympton			 1)	D	D	M	M	Υ	Υ	Υ	Υ	7																				
	Diagnosa	Г		_	Τ	I		Τ				T					Τ	T	_			Π	Τ	T	1				Т	1	\top	Т	
	(Diagnosis)	L				<u> </u>											1																
	perawatan karena ke lent, please fill in the A													is K	ece	lak	aan	pa	ada	ler	nba	ar t	eral	chiı	r. (If th	ie ti	reat	tme	nt is	du	e to	an
	Perawatan dilakukan	pemb	eda	ha	n <i>(If</i>	Hos	spite	alize	ed b	eca	use	of S	Sur	ger	<u>y)</u>																		
	Nama Pembedahan (Surgery name)																																
Riwa	yat Penyakit Riwayat Penyakit Seb	elumn	ıva	(Pr	evio	us r	ned	lical	his	torv)																						
	Riwayat Penyakit	Did	lerit	ta S	ejak			Pe	ngo	bata	an						pan				ı	-	cah					J					obat
	(Medical history)	(Have	sind	се				(Т	reat	men	t)				o ta	ke r	si (S ned e)	icir	_	,	se	kar	nsui ang g th	? ([Oo y	10 s	till		kons		i? <i>(If</i>	not,	nti when aking
		(dd/	mm	ı/yyy	y)											n/th n/yy)											the n Tgl/			
		5 1																							/ D/				.,				
	Mohon diinformasika Doctor/hospital who/														n K	uru	n w	акт	tu 5	ta	nur	n te	rak	nır	(PI	eas	e gi	ive i	tne	info	rma	πο	n of
	Nama Dokte Rumah Sakit (name or hop	Docto's						tor's	ado	au A dress ess)	or I								iag iagi									_	_	Pera n Dis			
		•																															
														\dashv																			



c. Apakah Tertanggung pernah menderita sakit sebagai berikut serta sejak kapan terdiagnosa: (Please mention wether The Insured had or was diagnosed with any of the following diseases and explain since when):

No.	Riwayat Penyakit	Penyakit diderita sejak (tanggal/bulan/tahun)
	(History of Disease)	(when was the deceased diagnosed (dd / mm / уууу))
1.	Jantung <i>(Heart)</i>	
2.	TBC (Tuberculosis)	
3.	Diabetes Melitus	
4.	Stroke	
S.	Hipertensi (Hypertension)	
6.	Penyakit Paru-paru (Lung Disease)	
7.	Penyakit Hati (Liver Disease)	
8.	Kanker/tumor (Cancer / tumor)	
9.	Ginjal (Kidney disease)	
10.	Hepatitis (liver disease)	
11.	Hiperlipidemi	
12.	Penyakit lain (Other Diseases)	

E. Rincian Pembayaran (Payment Details)

Apabila klaim disetujui maka pembayaran akan ditransfer ke rekening Pemegang Polis (If the claim is approved the payment will be transferred to Policyholder)

1.	Nama lengkap (Full Name)																							
2.	Nama Bank (Bank Name)																							
3.	Alamat Bank	Ē																						
	(Bank Address)		+	+					+										=	=	 		=	=
4.	Cabang Bank																							
	(Bank Branch)		1	1	1	1	ı	1	ı	1	1	I	I	I	1	1								\equiv
5.	No Rekening																			Ш			Ш	
	(Account Number)																							
6.	Kode SWIFT Bank untuk																		ıl		ıl			
٠.	USD (Swift code for USD)																							

F. Informasi Klaim (Claim Information)

Untuk informasi klaim, silakan hubungi

Live Chat: https://axa.co.id (pilih ask Emma) Email: <u>customer@axa-financial.co.id</u>



G. Surat Pernyataan dan Kuasa (Declarations & Authorization)

Dengan ini saya MENYATAKAN dan MENYETUJUI untuk atas nama saya sendiri dan pihak lain yang dimaksud di dalam formulir klaim ini (orang yang bersangkutan) bahwa segala pernyataan dan jawaban atas seluruh pertanyaan yang diajukan baik ditulis tangan sendiri maupun tidak adalah sesuai dengan sepengetahuan saya dan diyakini telah lengkap dan benar.

Saya MENYATAKAN dan MENYETUJUI bahwa saya memiliki kuasa penuh mewakili Orang yang Bersangkutan untuk membuat pernyataan dan persetujuan tersebut di atas.

Dengan ini saya MEMBERIKAN KUASA atas Tertanggung dan semua orang yang ditanggung kepada PT AXA Financial Indonesia (AFI) untuk:

- 1. Melakukan penelusuran, pengecekan, atau permintaan data, keterangan dan dokumen kepada seti ap tenaga medis, Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, Perusahaan Asuransi atau Perusahaan Reasuransi, Badan Hukum, Instansi atau Lembaga, Perorangan, Organisasi atau pihak lain yang memiliki keterangan atau informasi mengenai pekerjaan, riwayat dan catatan medis atas diri Saya/Kami, dan mengijinkan serta memberikan persetujuan kepada AFI untuk menggunakan, menyerahkan atau memberikan informasi, keterangan, atau data yang berkaitan dengan diri saya yang ada dan disimpan di AFI berkaitan dengan kapasitas saya sebagai Pemegang Polis dan/atau Tertanggung kepada pihak lain, termasuk namun tidak terbatas kepada Agen yang bersangkután, Perusahaan Asuransi, Reasuransi, Lembaga, Asosiasi Asuransi, Bank, Instansi Pemerintah, atau Badan Hukum lain baik di dalam maupun di luar negeri yang memiliki hubungan kerjasama dengan AFI dalam rangka pengajuan Klaim ini atau untuk kepentingan lainnya sepanjang tidak bertentangan dengan peraturan yang berlaku, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, maupun penawaran produk lain kepada Saya/Kami. Saya/Kami juga memahami bahwa Saya/Kami berhak untuk melakukan perbaikan, koreksi atau penambahan atas infomasi dan keterangan mengenai Saya/Kami tersebut dengan menghubungi kantor AFI
- 2. Mendapat semua penilaian medis dan hasil yang dibutuhkan oleh AFI dari perusahaan atau semua petugas kesehatan atau Laboratorium yang ditunjuk dalam rangka mengevaluasi status kesehatan yang berhubungan dengan Tertanggung atau semua orang yang ditanggung yang berhubungan dengan klaim ini.

Surat Kuasa ini mengikat kepada ahli waris dan penerima kuasa dan tetap berlaku walaupun meninggal atau cacat. Salinan dari pernyataan ini sama sahnya seperti aslinya. Saya MENYATAKAN dan MENYETUJUI bahwa saya memiliki kuasa penuh mewakili orang yang Bersangkutan untuk membuat Surat Pernyataan dan Kuasa di atas.

Saya menyatakan bahwa informasi yang Saya berikan disini sehubungan dengan pengkinian data Saya adalah benar data pribadi Saya dan oleh karenanya Saya berwenang penuh untuk memberikan izin kepada AFI untuk menggunakan dan mengungkapkan data pribadi Saya (termasuk pengkinian data Saya selanjutnya) kepada penyedia layanan pihak ketiga AFI atau pihak lainnya dalam hubungannya dengan kepemilikan polis Saya di AFI, dalam rangka memberikan pelayanan yang sesuai dengan produk yang telah Saya beli dan mengizinkan AFI dan Agen yang Bersangkutan untuk menghubungi Saya untuk memberikan informasi mengenai produk dan pelayanan melalui saluran komunikasi yang telah Saya berikan.

Dalam hal informasi, data, dokumen, surat-surat yang Saya sampaikan di dalam pengajuan Klaim ternyata salah atau tidak benar dalam segala aspek dan dapat dibuktikan, maka AFI berhak untuk membatalkan/mengakhiri Polis atau tidak membayarkan manfaat asuransi kepada ahli waris Tertanggung, dan karenanya AFI dibebaskan dari segala gugatan, tuntutan atau permintaan ganti rugi dalam bentuk apapun dari pihak-pihak yang merasa memiliki kepentingan atas manfaat asuransi sehubungan dengan pembatalan/pengakhiran serta penolakan untuk membayarkan manfaat asuransi.

PT AXA Financial Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan



PT AXA Financial Indonesia

AXA Tower lt. 17 Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia











PERNYATAAN PEMOHON KLAIM (STATEMENT OF CLAIMANT)



FORMULIR KRONOLOGIS KECELAKAAN

PEMBERI KETERANGAN	DATA TERTANGGUNG
Nama Tanggal lahir NIK Nomor telepon Hubungan dengan Tertang (Mohon berikan centang pada ko	otak di bawah)
. Informasi Kecelakaan	
Tanggal kejadian	:/
Waktu kejadian	: □pagi □iang □ore malam
Lokasi kejadian	:
'Mohon dituliskan secara rinci nam	a dan nomor jalan, kota, RT, RW, kelurahan, kecamatan, provinsi dll.)
Mohon diisi dan beri centan	g pada kotak di tabel berikut.
Jenis kecelakaan/ Trauma	
a. Kecelakaan lalu lintas 🗖	 Jenis kendaraan Mobil Motor Lainnya, sebutkan Apakah Tertanggung sebagai: Pengemudi Penumpang Pejalan kaki Apabila Tertanggung sebagai pengemudi, apakah: i. Tertanggung memiliki SIM aktif? a
	iii. Tertanggung menggunakan sabuk pengaman? ☐ Ya ☐ Tidak
b. Kecelakaan 🗖 kerja	 Apakah ada perlindungan BPJS TK?
c. Olahraga 🗖	1. Apakah Tertanggung:Atlet professionalNon Atlet professional
d. Kecelakaan 🗖 lainnya	Mohon penjelasannya:



trauma yang dialami	■ Penyakit kejiwaan atau gangguan mental
Tertanggung berkaitan	■ Penyalahgunaan alcohol
dengan hal-hal ini:	■ Penyalahgunaan obat – obatan
	□ Upaya bunuh diri
	■ Kegiatan olahraga yang menerima hadiah/gaji/penggantian biaya
	Olahraga professional
	□ Olahraga ekstrim atau berbahaya □ Lain-lain, sebutkan
	Lani-lani, Sebutkan
B. Kronologis Kecelakaan	
Di Rionologio Receiaraan	
ohon ceritakan kronologis kecel	akaan/ trauma yang dialami secara detail.
The transmission of the tr	andan, trauma jang aratam cecara detam
-	
akah kejadian dilaporkan ke pih	
	nak kepolisian? □Ya □Tidak n laporan dari pihak kepolisian.
a Ya, mohon untuk melampirka	n laporan dari pihak kepolisian.
a Ya, mohon untuk melampirka mikian saya telah memberikan	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
a Ya, mohon untuk melampirka	n laporan dari pihak kepolisian.
a Ya, mohon untuk melampirka mikian saya telah memberikan tas.	n laporan dari pihak kepolisian.
a Ya, mohon untuk melampirka mikian saya telah memberikan tas. nggal://	n laporan dari pihak kepolisian.
a Ya, mohon untuk melampirka mikian saya telah memberikan tas.	n laporan dari pihak kepolisian.
a Ya, mohon untuk melampirka mikian saya telah memberikan tas. nggal://	n laporan dari pihak kepolisian.
a Ya, mohon untuk melampirka mikian saya telah memberikan tas. nggal://	n laporan dari pihak kepolisian.
a Ya, mohon untuk melampirka mikian saya telah memberikan tas. nggal://	n laporan dari pihak kepolisian.