



FORMULIR KLAIM SELAIN KLAIM MENINGGAL DUNIA / NON DEATH CLAIM FORM

Diisi oleh Pihak yang Mengajukan Klaim (*Filled by Claimant*)

Nomor Polis :

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

Catatan Penting :

- Semua bagian dalam formulir ini wajib diisi lengkap dan benar sesuai dengan fakta yang sebenarnya / *All fields in this form must be filled completely and correctly in accordance with the actual facts.*
- Apabila kolom yang ada tidak mencukupi, mohon di tuliskan di lembar lainnya / *If the space is not enough, please written on other sheets.*
- Setiap koreksi di dalam formulir ini wajib di paraf oleh Pemohon Klaim/ *Any correction in this form must be initialed by the Claimant.*

A. SYARAT DOKUMEN KLAIM / CLAIM DOCUMENT REQUIREMENTS

Mohon beri tanda cek (v) pada list dokumen yang diserahkan / *Please kindly check with (v) on the document list of submission.*

A. Dokumen berikut ini harus ASLI / *Document submitted below must be Original Documents :*

- ☐ Formulir Klaim : diisi oleh Pemohon Klaim (*Claim Form filled by Claimant*)
- ☐ Surat Keterangan Dokter : diisi oleh Dokter yang merawat (*Attending Physician's Statement : filled by Treating Doctor*)
- ☐ Surat Kuasa (*Power of Attorney*)
- ☐ Kuitansi / Bukti Pembayaran Asli (*Original Receipt / Invoice*)
- ☐ Surat Pernyataan apabila telah mendapatkan pertanggungan dari Asuransi Lain, jika ada (*Statement letter if already covered by other Insurance Company, if any*)

B. Dokumen Pendukung berikut dapat berupa ASLI / Salinan / *Supporting document submitted below preferred Original / Copy Documents :*

- ☐ Biaya perawatan termasuk biaya kamar Rawat Inap (*Detail hospitalization charges include charges for Room & Board*)
- ☐ Hasil Pemeriksaan Penunjang (*Laboratorium, CT Scan, EKG, dll*) & Hasil Interpretasi Ahli (*Result Of Supporting Examination And Expertise Interpretation, Laboratory, CT Scan, ECG , etc*)
- ☐ Rincian Obat-Obatan, Salinan Resep & Alat Kesehatan (*Detail Drugs, Copy Of Receipt & Medical Equipment*)

B. INFORMASI UMUM / GENERAL INFORMATION

- Nama Pemohon Klaim/ *Claimant's Name* :
- Nama Tertanggung / *Insured Name* :
- Nomor Telepon Seluler Pemegang Polis / *Policy Owner Mobile Phone Number* :
- Alamat Email / *Email Address* :

* Nomor telepon seluler dan alamat email Anda akan di perbaharui di dalam polis sesuai informasi diatas / *Your mobile phone number and email address will be updated in our policy records based on above information.*

C. JENIS PENGAJUAN KLAIM / TYPE OF CLAIM

- ☐ Rawat Inap / *Inpatient*
- ☐ Rawat Jalan / *Outpatient*
- ☐ Penyakit Kritis / *Critical Illness*
- ☐ Kecelakaan / *Accident*
- ☐ Ketidakmampuan / *Waiver*
- ☐ Pre / Post Rawat Inap
- ☐ Lainnya / *Other*

D. INFORMASI MEDIS / MEDICAL DETAILS

- Tanggal pertama kali konsultasi / *Date of first consultation* : / / (DD / MM / YYYY)
- Tanggal masuk perawatan / *Date of Admission* : / / (DD / MM / YYYY)
- Tanggal keluar perawatan / *Date of Discharge* : / / (DD / MM / YYYY)
- Diagnosa / *Diagnose* :
- Jenis tindakan pembedahan / *Type of surgery* :
(Jika ada / *If any*)
- Gejala yang dirasakan / *Main symptoms* :
- Tanggal gejala pertama kali dirasakan / *Date of symptoms* : / / (DD / MM / YYYY)

8. Riwayat penyakit sebelumnya / *Patient medical history* :

Riwayat Penyakit / <i>History of Disease</i>	Diderita sejak / <i>Onset Date</i> (dd/mm/yyyy)	Pengobatan / <i>Name of Medicine</i>	Sejak kapan obat dikonsumsi / <i>Since when this medicine is consumed (dd/mm/yyyy)</i>	Apakah obat masih dikonsumsi sampai sekarang / <i>Are this medicine still consumed until now ?</i>	Jika TIDAK, kapan obat tersebut berhenti dikonsumsi / <i>If NO, when this medicine is stopped?</i> (dd/mm/yyyy)
				YES / NO	
				YES / NO	
				YES / NO	

9. Mohon diinformasikan Dokter lainnya yang pernah dikunjungi dalam kurun waktu 5 tahun terakhir / *Please inform other doctors who have been visited by the insured in the past 5 years :*

Nama Dokter atau Rumah Sakit / <i>Name of Doctor (s) or Hospital (s)</i>	Alamat / <i>Address</i>	Diagnosa / <i>Diagnosis</i>	Tanggal Perawatan / <i>Date of Hospitalization (dd/mm/yyyy)</i>

10. Apakah Tertanggung memiliki asuransi di perusahaan lainnya / *Does the insured have Insurance in other companies?*

☐ YA ☐ TIDAK

Jika YA / *If YES*, mohon sebutkan / *Please describe :*

E. APABILA KLAIM DISEBABKAN OLEH KECELAKAAN / IF CLAIM DUE TO ACCIDENT

(a) Tanggal Kecelakaan / *Date of Accident* : / / (DD / MM / YYYY)

(b) Tempat Kecelakaan / *Place of Accident* : / / (DD / MM / YYYY)

(c) Kronologi Kecelakaan / *Chronology of the Accident* :

(d) Jelaskan bagian tubuh yang cedera / luka / *Describe parts of body injured :*



F. PERINCIAN PEMBAYARAN / PAYMENT DETAILS

Nama Pemilik Rekening Pemegang Polis /
Name Account of Policy Holder :

No. Rekening Bank / *Bank Account Number* :

Nama Bank / *Bank's Name* :

Kantor Cabang / *Branch of Bank* :

Kode SWIFT Bank / *Bank SWIFT Code* :

Untuk pentransferan ke Bank luar negeri dengan mata uang USD / *For transfer to a foreign Bank with USD currencies.*

G. INFORMASI KLAIM / CLAIM INFORMATION

Untuk Informasi Klaim, silahkan hubungi melalui / *For Claim Information, please contact via :*



www.axa.co.id
(Claim Section)



1500 940
Customer Care Center



customer@axa-financial.co.id

H. SURAT PERNYATAAN DAN KUASA / DECLARATIONS AND 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 / *I hereby DECLARE AND AGREE on behalf of myself and the other party referred to in this claim form ("Relevant Person") that all statements and answers in this claim form, whether written by myself or with the help of others are with my knowledge, and believed correctly and true:*

Saya MENYATAKAN dan MENYETUJUI bahwa saya memiliki kuasa penuh mewakili Orang yang Bersangkutan untuk membuat pernyataan dan persetujuan tersebut di atas / *I DECLARE AND AGREE that I have the full authority to represent of the Relevant Persons to make the above declarations and agreements.*

Dengan ini saya MEMBERIKAN KUASA atas Tertanggung dan semua orang yang ditanggung kepada PT AXA Financial Indonesia ("AXA") untuk / *I HEREBY AUTHORIZE on behalf of myself / the insured and all Covered Person (s) by PT AXA Financial Indonesia ("AXA") to:*

1. Melakukan penelusuran, pengecekan, atau permintaan data, keterangan dan dokumen kepada setiap 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 bersangkutan, 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 informasi dan keterangan mengenai Saya/Kami tersebut dengan menghubungi kantor AFI/*Searching, checking, or requesting data, information and documents to every medical person, Doctor, Hospital, Clinic, Health Center, Laboratory, Insurance Company Or Reinsurance Company, Legal Entity, Agency Or Institution, Individual, Organization or other party to have information about my work, medical history and records of myself / us, and allow also give approval to AFI to use, submit or provide, information, or data relating to myself that exists and is stored in AFI relating to the as a Policy Holder and / or Insured to other parties, including but not limited to related Agent, Insurance Companies, Reinsurance Companies, Insurance Associations, Banks, Government Institution, or Other Legal Entities both at home and abroad who have a cooperative relationship with AFI in the filing of this Claim submission or for other purposes as long as there is no conflict not in accordance with applicable regulations, payment of Claims, customer service, and other product offerings to me / us. I / We also understand that I / We have the right to make improvements, corrections or additions to the information and information about me / us by contacting AFI's office.*
2. Mendapat semua penilaian medis dan hasil yang dibutuhkan oleh AXA 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 / *Receive all necessary medical assessments and test as required by AXA from company or any of appointed medical examiners or laboratories to evaluate the health status of the insured or any covered person (s) in relation to this claim.*

Surat Kuasa ini mengikat kepada ahli waris dan penerima kuasa dan tetap berlaku walaupun meninggal atau cacat. Salinan dari pernyataan ini sama sahnyanya seperti aslinya. Saya MENYATAKAN dan MENYETUJUI bahwa saya memiliki kuasa penuh mewakili orang yang Bersangkutan untuk membuat Surat Pernyataan dan Kuasa diatas / *This authorization shall bind the successors and assignees of myself and remains valid not with standing death or incapacity. A photocopy of this authorization shall be valid as the original. I DECLARE AND AGREE that I have the full authority to represent the Relevant Person to make the above authorization;*

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 AXA untuk menggunakan dan mengungkapkan data pribadi Saya (termasuk pengkinian data Saya selanjutnya) kepada penyedia layanan pihak ketiga AXA 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 AXA dan Agen yang Bersangkutan untuk menghubungi Saya untuk memberikan informasi mengenai produk dan pelayanan melalui saluran komunikasi yang telah Saya berikan. / *I confirm that information I have provided herein regarding updating my data/information is truly my personal data, therefore I am fully authorized to disclose to AXA and hereby give my consent to AXA to disclose my personal data herein (including my updated data) to AXA third party service provider in term of providing the servicing which appropriate to the product I have bought, and allow AXA and Relevant Agent to contact me in providing such information regarding the product and service through communication media that I have already provided herein.*

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. / *In terms of information, data, documents, letters that I submit in the submission of a claim turned out to be false or incorrect in all aspects and can be proven, then AFI has the right to cancel / terminate the policy or not pay insurance benefits to the heirs of the Insured, and therefore AFI is exempt from all claims, or requests for compensation in any form from parties who feel they have an interest in insurance benefits in connection with the cancellation / termination and refusal to pay insurance benefits.*

Tanda Tangan Pemohon Klaim / *Signature Of Claimant*

Nama Pemohon Klaim/ *Claimant's name*

Tanggal Tanda Tangan / *Signature Date*

Hubungan Pemohon Klaim dengan Tertanggung / *Claimant relation with Insured*