



FORMULIR KLAIM KESEHATAN HEALTH CLAIM FORM

Diisi oleh Pemegang Polis/Tertanggung (Filled by Policy Holder/ The Insured)

Nomor Polis (policy number)	<input type="text"/>
Plan	<input type="text"/>
Nomor polis lain (other policy number)	<input type="text"/>

Catatan

1. 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)
2. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi (Claim would be proceed only if the documents is completed)
3. Apabila kolom yang ada tidak mencukupi, mohon di tuliskan di lembar lainnya (If the space is not enough, please written on other sheet)
4. 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)

1. 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 prescription and medical equipment)

2. 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))

3. Dokumen lainnya yang diperlukan (Other required documents)

- a. Apabila sudah dijamin asuransi lain (if it's guaranteed by other Insurance)
 - Asli Surat Koordinasi Manfaat apabila sudah dijamin 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 formatted 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))
- c. Apabila Perawatan dilakukan diluar negeri, dokumen lain yang dibutuhkan (other document required if treatment is carried out abroad):
 - Fotokopi Paspor (Copy of Passport)
 - Fotokopi Tiket Pesawat Pulang-Pergi (Copy of flight ticket (depart-return))



d. Dokumen atau informasi lain yang diperlukan oleh Penanggung (seperti namun tidak terbatas pada) (*Documents or other information required by the Insurer (such as but not limited to)*):

- Surat Kuasa Format AFI asli 3 rangkap yang ditandatangani diatas materai untuk permintaan data medis/ Surat Kuasa format Rumah Sakit terkait/ Surat Kuasa Termaslahat diatas materai untuk pengalihan transfer pembayaran Klaim) (*Power of Attorney in 3 copies sign on stamp duty using AFI template for medical records, Statement Letter of not getting coverage from Other Insurance / Power of Attorney in the format of the relevant Hospital / Termless Power of Attorney on stamp duty for disclosure of Claim payment transfers*)* (*Other documents*)*

* akan diinformasikan oleh Penanggung dikemudian hari, apabila ada (*will be informed by The Insurer, if any*)

B. Informasi Umum (*General Information*)

- 1. Nama Pemegang Polis (*Policy Holder Name*)
- 2. No Telpon/HP/Fax (*Phone Number / Fax*)
- 3. Email
- 4. Alamat Lengkap (*Full Address*)
- 5. No KTP/Passport/KITAS (*ID Card/ Passport/KITAS*)
- 6. Nama Tertanggung (*Insured Name*)
- 7. Tanggal lahir (DOB)
- 8. Alamat Lengkap (*Full Address*)
- 9. No KTP/Passport/KITAS (*ID Card/ Passport/KITAS*)
- 10. Jenis Kelamin (*Sex*) Pria (*Male*) Wanita (*Female*)
- 11. Apakah Tertanggung mempunyai asuransi lainnya (termasuk BPJS)? (*Did the Insured have other Insurance (include BPJS)?*)
 Ya (*Yes*) Tidak (*No*)

Jika YA, mohon sebutkan (*If YES, please describe*)

No	Nama Perusahaan Asuransi (<i>Insurance name</i>)	Nomor Polis (<i>Policy number</i>)	Tanggal Efektif Polis (<i>Policy Effective Date</i>) (dd/mm/yyyy)

C. Jenis Pengajuan Klaim (*Type of Claim*)

- Rawat Inap (*inpatient*)
- Rawat Jalan (*outpatient*)
- Pre/Post Rawat Inap (*pre/post*)
- Kecelakaan (*accident*)
- Santuan Harian (*cash benefit*)
- Lainnya, sebutkan (*others, please describe*)

D. Informasi Medis (*Medical Details*)

- 1. Tanggal Rawat Inap (*Date of Hospitalizaion*) sampai dengan/to
- 2. Nama Rumah Sakit (*Hospital name*)



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

No.	Riwayat Penyakit (History of Disease)	Penyakit diderita sejak (tanggal/bulan/tahun) (when was the deceased diagnosed (dd / mm / yyyy))
1.	Jantung (Heart)	
2.	TBC (Tuberculosis)	
3.	Diabetes Melitus	
4.	Stroke	
5.	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)

- Nama lengkap (Full Name)
- Nama Bank (Bank Name)
- Alamat Bank
(Bank Address)
- Cabang Bank
(Bank Branch)
- No Rekening
(Account Number)
- Kode SWIFT Bank untuk
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: customer@axa-financial.co.id



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 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 mengizinkan 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
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.



PERNYATAAN PEMOHON KLAIM (STATEMENT OF CLAIMANT)

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan pertanyaan tersebut diatas dengan benar dan lengkap.
(I/We have read, understood and answered all the questions in this claim form completely and correctly.)

Ditandatangani di (*signed in*) : _____

Tanggal (*Date*) : _____

Pemegang Polis (*Policy Holder*)

Tertanggung (*Insured*)

Tandatangan dan Nama Jelas
(*Signature & Name*)

Tandatangan dan Nama Jelas
(*Signature & Name*)



FORMULIR KRONOLOGIS KECELAKAAN

PEMBERI KETERANGAN	DATA TERTANGGUNG
Nama : _____ Tanggal lahir : _____ NIK : _____ Nomor telepon : _____ Hubungan dengan Tertanggung : _____ (Mohon berikan centang pada kotak di bawah) <input type="checkbox"/> diri sendiri <input type="checkbox"/> suami <input type="checkbox"/> istri <input type="checkbox"/> keluarga	Nama Tertanggung : _____ Tanggal lahir : _____ Produk / Plan : _____ Nomor polis : _____

A. Informasi Kecelakaan

Tanggal kejadian : ____/____/____

Waktu kejadian : ____ pagi siang sore malam

Lokasi kejadian : _____

(Mohon dituliskan secara rinci nama dan nomor jalan, kota, RT, RW, kelurahan, kecamatan, provinsi dll.)

Mohon diisi dan beri centang pada kotak di tabel berikut.

Jenis kecelakaan/ Trauma	
a. Kecelakaan lalu lintas <input type="checkbox"/>	1. Jenis kendaraan <input type="checkbox"/> Mobil <input type="checkbox"/> Motor <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan _____ 2. Apakah Tertanggung sebagai: <input type="checkbox"/> Pengemudi <input type="checkbox"/> Penumpang <input type="checkbox"/> Pejalan kaki 3. Apabila Tertanggung sebagai pengemudi, apakah: i. Tertanggung memiliki SIM aktif? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak mohon dilampirkan juga SIM-nya ii. Tertanggung menggunakan helm? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak iii. Tertanggung menggunakan sabuk pengaman? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
b. Kecelakaan kerja <input type="checkbox"/>	1. Apakah ada perlindungan BPJS TK? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak 2. Apakah ada perlindungan/ jaminan dari Jasa Raharja? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
c. Olahraga <input type="checkbox"/>	1. Apakah Tertanggung: <input type="checkbox"/> Atlet profesional <input type="checkbox"/> Non Atlet profesional
d. Kecelakaan lainnya <input type="checkbox"/>	Mohon penjelasannya: _____ _____

