





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/Termaslahat (Policy Holder/Beneficiary's 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 (Insurance name)	Nomor Polis (Policy number)	Tanggal Efektif Polis (Policy Effective Date) (dd/mm/yyyy)

## C. Data Kondisi Kritis yang akan diklaim (Critical Illness Condition Data to be claimed)

1. Jenis Penyakit Kritis yang di klaim (Type of Critical Illness to be claimed): \_\_\_\_\_
2. Nama / Diagnosa dari keadaan / penyakit Tertanggung (diagnosis of the condition / illness of the insured): \_\_\_\_\_
3. Kapan pertama kali Tertanggung mulai merasa keluhan gejala dari keadaan penyakit ini? (When was the sign and symptoms arise for the first time?): (tgl/bln/thn) (dd/mm/yyyy)
4. Mohon jelaskan keluhan secara terperinci (Please describe the sign and symptom of the disease in detail) \_\_\_\_\_
5. Kapan pertama kali Tertanggung berkonsultasi dengan Dokter mengenai keluhan / gejala tersebut (When was the first time the insured consulted the doctor regarding these complaints / symptoms) (tgl/bln/thn) (dd/mm/yyyy)
6. Apakah Tertanggung sebelumnya pernah mengalami atau berobat atas keadaan / penyakit ini? (Has the patient ever been treated for this symptoms/illness before?)  Ya (Yes)  Tidak (No)

Jika YA sejak kapan (If the answer is "Yes" since when):



### D. Informasi Medis (Medical Details)

1. Tanggal Rawat Inap (Date of Hospitalizaion)  sampai dengan/to
2. Nama Rumah Sakit (Hospital name)
3. Alamat Rumah Sakit (Hospital Address)
4. Nama Dokter (Doctor's name)
5. No. Rekam Medis (Medical Records)

#### Jika Perawatan karena Penyakit (If Hospitalized For Disease)

1. Sebutkan Keluhan dan Gejala yang Timbul (Mention the complaints and symptoms that arise)
2. Sejak Kapan Keluhan Timbul (The date of symptoms ocurred)
3. Diagnosa (Diagnosis)

#### Jika Perawatan dilakukan pembedahan (If Hospitalized because of Surgery)

1. Nama Pembedahan (Surgery name)

Jika Perawatan karena kecelakaan mohon mengisi Formulir Kronologis Kecelakaan pada lembar terakhir. (If the treatment is due to an accident, please fill in the Accident Chronology Form on the last sheet)

#### Riwayat Penyakit

- a. Riwayat Penyakit Sebelumnya (Previous medical history)

Riwayat Penyakit (Medical history)	Diderita Sejak (Have been suffered since...) tgl/bln/thn (dd/mm/yyyy)	Pengobatan (Treatment)	Sejak kapan obat dikonsumsi (Starting to take medicine since...) tgl/bln/thn (dd/mm/yyyy)	Apakah obat masih dikonsumsi sampai sekarang? (Do yo still taking the medicine?)	Jika TIDAK, kapan obat tersebut berhenti dikonsumsi? (If not, when was the last time taking the medicine) Tgl/bln/thn (dd/mm/yyyy)



- b. Mohon diinformasikan Dokter lainnya yang pernah dikunjungi dalam kurun waktu 5 tahun terakhir (*Please give the information of Doctor/hospital who/which have been attended in the past 5 years*)

Nama Dokter atau Rumah Sakit ( <i>Doctor's name or hospital</i> )	Alamat Dokter atau Alamat Rumah Sakit ( <i>Doctor's address or Hospital's address</i> )	Diagnosa ( <i>Diagnosis</i> )	Tanggal Perawatan ( <i>Admission Discharge</i> ) tgl/bln/thn (dd/mm/yyyy)

- 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 ( <i>History of Disease</i> )	Penyakit diderita sejak (tanggal/bulan/tahun) ( <i>when was the deceased diagnosed (dd / mm / yyyy)</i> )
1.	Jantung ( <i>Heart</i> )	
2.	TBC ( <i>Tuberculosis</i> )	
3.	Diabetes Melitus	
4.	Stroke	
5.	Hipertensi ( <i>Hypertension</i> )	
6.	Penyakit Paru-paru ( <i>Lung Disease</i> )	
7.	Penyakit Hati ( <i>Liver Disease</i> )	
8.	Kanker/tumor ( <i>Cancer / tumor</i> )	
9.	Ginjal ( <i>Kidney disease</i> )	
10.	Hepatitis ( <i>liver disease</i> )	
11.	Hiperlipidemi	
12.	Penyakit lain ( <i>Other Diseases</i> )	

### E. Rincian Pembayaran (*Payment Details*)

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

- 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 (*For claim information, please contact via*):

**Live Chat:**

<https://axa.co.id> (pilih ask Emma)

**Email:**

[customer@axa-financial.co.id](mailto: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/Termaslahat (*Policy Holder/Beneficiary*)

Tertanggung (*Insured*)

Tandatangan dan Nama Jelas  
(*Signature & Name*)

Tandatangan dan Nama Jelas  
(*Signature & Insured Name*)

PT AXA Financial Indonesia  
Customer Care Center  
Jl. Jendral Sudirman Kav. 52-25  
Jakarta, Indonesia  
Email: [customer.care@axa.co.id](mailto:customer.care@axa.co.id)



### 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 professional <input type="checkbox"/> Non Atlet professional
d. Kecelakaan lainnya <input type="checkbox"/>	Mohon penjelasannya: _____ _____





Apakah kecelakaan atau trauma yang dialami Tertanggung berkaitan dengan hal-hal ini:	<input type="checkbox"/> Tindakan perkelahian <input type="checkbox"/> Penyakit kejiwaan atau gangguan mental <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan alcohol <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan obat – obatan <input type="checkbox"/> Upaya bunuh diri <input type="checkbox"/> Kegiatan olahraga yang menerima hadiah/gaji/penggantian biaya <input type="checkbox"/> Olahraga professional <input type="checkbox"/> Olahraga ekstrim atau berbahaya <input type="checkbox"/> Lain-lain, sebutkan _____
--	---

**B. Kronologis Kecelakaan**

Mohon ceritakan kronologis kecelakaan/ trauma yang dialami secara detail.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Apakah kejadian dilaporkan ke pihak kepolisian?  Ya  Tidak  
Jika Ya, mohon untuk melampirkan laporan dari pihak kepolisian.

Demikian saya telah memberikan keterangan dengan sejelas – jelasnya dan sebenar-benarnya atas Tertanggung tersebut diatas.

Tanggal: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tanda tangan dan nama jelas

---