



**AXA FINANCIAL**

**redefining / insurance**

## **FORMULIR KLAIM KETIDAKMAMPUAN**

(Dilisi oleh pemegang polis / tertanggung / Ahli Waris / Wali yang Sah)

Agar mempercepat proses Klaim, harap semua pertanyaan di bawah ini dijawab dengan benar, lengkap dan jelas.

**JENIS KLAIM\* : Accident / Waiver of Premium / Payor Benefit / Lainnya : .....**

**Yang bertandatangan di bawah ini :**

<b>Data Penderita</b>	
Nama lengkap Penderita	: _____ Jenis kelamin : <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
No. Polis	: _____
Penderita sebagai*	: Tertanggung / Pembayar Premi / lainnya : _____ (* : lingkari yg sesuai)
Tempat & Tanggal lahir	: _____ Nomor KTP / Identitas lain : _____
Pekerjaan penderita sebelum sakit	: _____
Penderita mengalami Ketidakmampuan / Cacat akibat : <input type="checkbox"/> Luka / Cidera <input type="checkbox"/> Penyakit	
<u>Jika karena Penyakit</u> Nama Penyakit / gangguan kesehatan Tanggal pertama kali timbul keluhan / gejala penyakit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tanggal / bulan / tahun
<u>Jika karena Luka / Cidera sebagai akibat dari KECELAKAAN</u> Tanggal terjadinya Kecelakaan Lokasi Kejadiannya ( nama jalan & kota ) Bagian tubuh yang terkena Cidera / Luka ( jelaskan ) Bagaimana kejadiannya ? (mohon jelaskan terperinci) *	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tanggal / bulan / tahun
<u>Nama &amp; alamat dokter / rumah sakit / klinik tempat berkonsultasi / perawatan PENYAKIT atau LUKA / CIDERA</u> Tanggal, bulan, tahun konsultasi / Periode rawat Nama & alamat dokter / rumah sakit Keterangan pengobatan / operasi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / _____ s.d _____
<u>Akibat Penyakit atau Luka tersebut, apakah saat ini Penderita :</u> Mengalami Kelumpuhan / Ketidakmampuan bekerja secara total ? Dapat melakukan kegiatan kehidupan sehari-hari (makan, berpakaian sendiri, dll) ? Kehilangan salah satu anggota tubuh ? kedua anggota tubuh ? Kehilangan penglihatan satu mata ? kedua mata ? Mulai terjadinya kelumpuhan/ kehilangan / ketidakmampuan ? Jelaskan fungsi bagian tubuh yang lumpuh / hilang tersebut	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____  <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tanggal / bulan / tahun
<u>Akibat Ketidakmampuan / Cacat tersebut</u> Kapan penderita mulai tidak dapat bekerja ? Kapan penderita mulai kembali bekerja ? Perkiraaan tanggal mulai dapat bekerja ( bila saat ini Penderita masih dalam perawatan ) Jenis pekerjaan sekarang / yang akan dilakukan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tanggal / bulan / tahun <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tanggal / bulan / tahun <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tanggal / bulan / tahun
<u>Jika karena ketidakmampuan/ cacat, Penderita tidak dapat melakukan tugas pekerjaan semula sebelum cidera / sakit, maka :</u> Jelaskan tugas pekerjaan-nya yang tidak dapat dilakukan lagi Jelaskan tugas pekerjaan-nya yang masih dapat dilakukannya	_____
<u>Jika Penderita tidak dapat melakukan pekerjaan seperti sebelum cidera/ sakit, maka :</u> Jelaskan jenis & tugas pekerjaan baru-nya saat ini Nama & alamat tempat bekerja baru	_____
Apakah Penderita mempunyai Asuransi Jiwa/ Kesehatan lainnya pada perusahaan asuransi jiwa/ kesehatan lainnya ?	Nama Perusahaan Asuransi : _____ Nama Program Asuransi : _____ No. Polis : _____ Tanggal Polis Efektif : _____

\* Gunakan Lembar tambahan jika diperlukan

**PT AXA Financial Indonesia**

**Customer Care Centre**

AXA Tower Lt. GF, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia  
Tel: +62 21 3005 9999 | Fax: +62 21 3005 8009 | Email: customer@axa-financial.co.id

**Head Office**

AXA Tower Lt. 17, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia  
Tel: +62 21 3005 8000 | Fax: +62 21 3005 8008 | Website: www.axa-financial.co.id

## FORMULIR KLAIM KETIDAKMAMPUAN

Mohon tuliskan No. Rekening Bank yang dituju untuk pembayaran Klaim Accident :

### DATA REKENING

Transfer Bank Atas Nama : .....  
 No. Rekening : .....  
 Nama Bank : .....  
 Jenis Tabungan : .....  
 Cabang : .....  
 Alamat Bank : .....

Catatan

Pembayaran Klaim hanya akan dilakukan untuk Pengajuan Klaim yang disetujui sesuai dengan ketentuan Polis.

### PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Dengan ini 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 Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT AXA Financial Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung. Fotocopy dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di \_\_\_\_\_ Tanggal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

Tanda tangan / Cap jempol dan Nama jelas Penderita

**( Kolom ini harap diisi bila Pemberi keterangan berbeda dengan Penderita )**

Nama lengkap : .....  
 Tempat, tanggal lahir / umur : .....  
 Alamat / No. telpon : .....  
 Nomor KTP / Identitas lain : ..... ( harap photocopi identitas dilampirkan)  
 Hubungan dengan Penderita : .....  
  
 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Menyetujui,

( \_\_\_\_\_ )

Tanda tangan dan Nama jelas Pemberi Keterangan

( \_\_\_\_\_ )

Tanda tangan / Cap jempol dan Nama jelas Penderita

**Pengajuan Klaim Ketidakmampuan harus disertai dengan dokumen-dokumen sebagai berikut :**

- Formulir Klaim Ketidakmampuan **Asli**
- Surat Keterangan Dokter untuk klaim ketidakmampuan **Asli**
- Fotokopi Legalisir** KTP Tertanggung, Pemegang Polis
- Fotokopi Legalisir** seluruh hasil pemeriksaan laboratorium, radiology, dan pemeriksaan yang dilakukan Tertanggung
- Fotokopi Legalisir** Surat keterangan / Berita Acara Kepolisian (untuk keadaan yang melibatkan kepolisian)
- Dokumen lain yang dianggap perlu

**PT AXA Financial Indonesia**

**Customer Care Centre**

AXA Tower Lt. GF, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia  
 Tel: +62 21 3005 8088 | Fax: +62 21 3005 8009 | Email: customer@axa-financial.co.id

**Head Office**

AXA Tower Lt. 17, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia  
 Tel: +62 21 3005 8000 | Fax: +62 21 3005 8008 | Website: www.axa-financial.co.id