

# FORMULIR KLAIM KETIDAKMAMPUAN

(Diisi 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	
Jika karena Penyakit Nama Penyakit / gangguan kesehatan Tanggal pertama kali timbul keluhan / gejala penyakit	..... ..... tanggal / bulan / tahun
Jika karena Luka / Cidera sebagai akibat dari KECELAKAAN Tanggal terjadinya Kecelakaan Lokasi Kejadiannya ( nama jalan & kota ) Bagian tubuh yang terkena Cidera / Luka ( jelaskan ) Bagaimana kejadiannya ? (mohon jelaskan terperinci) *	..... ..... tanggal / bulan / tahun ..... ..... .....
Nama & alamat dokter / rumah sakit / klinik tempat berkonsultasi / perawatan PENYAKIT atau LUKA / CIDERA Tanggal, bulan, tahun konsultasi / Periode rawat Nama & alamat dokter / rumah sakit Keterangan pengobatan / operasi	..... ..... / ..... s.d ..... ..... .....
Akibat Penyakit atau Luka tersebut, apakah saat ini Penderita : 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 : ..... ..... tanggal / bulan / tahun
Akibat Ketidakmampuan / Cacat tersebut Kapan penderita mulai tidak dapat bekerja ? Kapan penderita mulai kembali bekerja ? Perkiraan tanggal mulai dapat bekerja ( bila saat ini Penderita masih dalam perawatan ) Jenis pekerjaan sekarang / yang akan dilakukan	..... tanggal / bulan / tahun ..... tanggal / bulan / tahun ..... tanggal / bulan / tahun .....
Jika karena ketidakmampuan/ cacat, Penderita tidak dapat melakukan tugas pekerjaan semula sebelum cidera / sakit, maka : Jelaskan tugas pekerjaan-nya yang tidak dapat dilakukan lagi Jelaskan tugas pekerjaan-nya yang masih dapat dilakukannya	..... .....
Jika Penderita tidak dapat melakukan pekerjaan seperti sebelum cidera/ sakit, maka : 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 fotocopi 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