



Nomor Polis:

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

Formulir Klaim Selain Klaim Meninggal Dunia/ Non Death Claim Form

Diisi oleh Pengaju Klaim (*Filled by Claimant*)

(Diisi oleh petugas)

Tanggal Dokumen Diterima

Catatan Penting :

- Semua bagian dalam formulir ini wajib diisi dengan lengkap dan benar sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat / *Please fill this form completely and correctly to ensure fast and accurate processing. All fields are compulsory.*
- 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 penulisan/pengisian dalam bentuk catatan atas formulir ini wajib ditandatangani oleh Pengaju Klaim / *Any corrections made to this form must be signed by the Claimant.*

A. INFORMASI UMUM / GENERAL INFORMATION

1. Nama Pengaju Klaim/ *Claimant's name* :Tanggal lahir/ *Date of birth* :

--	--

B. JENIS PENGAJUAN KLAIM / TYPE OF CLAIM

- Rawat Inap / *Inpatient*
 Rawat Jalan / *Outpatient*
 Penyakit Kritis / *Critical Illness*
 Kecelakaan / *Accident*
 Ketidakmampuan / *Walver*
 Lainnya / *Other*

C. INFORMASI MEDIS / MEDICAL DETAILS

1. Tanggal pertama kali konsultasi/ *Date of first consultation* : / / (dd / mm / yyyy)2. Tanggal masuk perawatan / *Date of admission* : / / (dd / mm / yyyy)3. Tanggal keluar perawatan / *Date of discharge* : / / (dd / mm / yyyy)4. Diagnosa / *Diagnosis* :
Mohon informasi dokter lainnya yang pernah bertanggung kunjungi/ *Please provide details of other visited doctors of the Insured* :

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>

D. 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* :
(c) Kronologi kecelakaan tsb / *Chronology of the accident* :

PT AXA Financial Indonesia

Customer Care Centre

AXA Tower Lt. GF

Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia

e-mail: 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



www.axa.co.id



AXA Indonesia



axaindonesia

I. SURAT PERNYATAAN DAN KUASA / DECLARATIONS AND AUTHORIZATION

Dengan ini saya MENYATAKAN dan MENYETUJUI atas diri saya dan pihak lain yang dimaksud dalam formulir klaim ini ("Orang yang Bersangkutan") bahwa segala pernyataan dan jawaban terhadap segala pernyataan dalam formulir klaim ini baik yang dituliskan oleh saya sendiri atau bukan adalah dengan sepengetahuan saya dan diyakini secara benar dan utuh / I HEREBY DECLARE AND AGREE on behalf of myself and other persons referred to in this claim form ("Relevant Persons") that all statements and answer to all questions whether or not written by my own hand are to the best of my knowledge and belief complete 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 diri saya/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. Mendapat segala catatan dan/atau keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan saya/tertanggung dan semua orang yang ditanggung dari setiap orang, Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Bank, Institusi Pemerintah, dan Badan Hukum/Lembaga atau perorangan lainnya yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan saya/tertanggung atau setiap orang yang ditanggung. / Receive any record and/or information about themselves and condition/health condition of myself/the insured and all covered person(s) to Any Doctor, Clinic, Hospital, Health Center, Laboratory, any Medical Institution, Insurance Company, Bank, Government Institution, and Legal Entity or other persons, who has any records or knowledge of myself/the insured or any of the covered person(s)
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 diri Saya / Tertanggung atau semua orang yang ditanggung yang berhubungan dengan klaim ini / Receive all necessary medical assesments and test as required by AXA from company or any of appointed medical examiners or laboratories to evaluate the health status of myself / 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 dari dan atas nama orang yang bersangkutan untuk membuat Surat Kuasa diatas / This authorization shall bind the successors and assignees of myself and remains valid notwithstanding death or incapacity. A photocopy of this authorization shall be valid as the original. I DECLARE AND AGREE that I have the full authority from and consent of 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 dalam rangka memberikan pelayanan yang sesuai dengan produk yang telah saya beli dan mengizinkan AXA 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's third party service provider in term of providing the servicing which appropriate to the product I have bought, and allow AXA to contact me in providing such information regarding the produk and service through communicatoin media that I have already provided herein.

Tanda Tangan Pengaju Klaim / Signature of Claimant

Tanggal Tanda Tangan / Signature Date

Nama Pengaju Klaim / Claimant's name :

Hubungan Pengaju klaim dengan Tertanggung / Claimant relation with insured :

PT AXA Financial Indonesia

Customer Care Centre

AXA Tower Lt. GF

Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia

e-mail: 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

