



**) Diperlukan tanda tangan seluruh Termaslahat atau Ahli Waris jika Pemegang Polis dan/atau Tertanggung telah meninggal dunia*

[illegible]

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
2. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi
3. Apabila kolom yang ada tidak mencukupi, mohon di tuliskan di lembar lainnya
4. Setiap koreksi di dalam formulir ini wajib di paraf oleh Pemegang Polis/Tertanggung

Jenis Permintaan (silakan dipilih):

<input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> Rawat Inap <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> Rawat Jalan Kecelakaan	<input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> Rawat Jalan Kanker/Hemodialisa/Day Care/Day Surgery <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> Santunan Harian	<input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> Pre/Post Rawat Inap <input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> Lainnya:.....
--	--	--

A. Syarat Dokumen Klaim Wajib

Mohon beri tanda cek (v) pada list dokumen yang diserahkan:

Type	Keterangan Dokumen
Dokumen Asli	Formulir Klaim Kesehatan yang ditandatangani oleh Pemohon Klaim
	Surat Keterangan Dokter Klaim Kesehatan yang diisi oleh Dokter yang merawat untuk setiap perawatan
	Segala bukti pembayaran (kuitansi) Asli (bukan salinan/duplikat) yang hanya dikeluarkan satu kali)
	Surat Koordinasi Manfaat apabila sudah dijaminakan asuransi lain (jika sudah dijaminakan oleh Asuransi lain)
	Surat Kronologis Kecelakaan format AXA Financial Indonesia (AFI) yang diisi oleh Pemegang Polis/Tertanggung (jika kejadian kecelakaan)
	Surat Kuasa Penunjukkan Hak Penerima Manfaat (jika terdapat pengalihan pembayaran)
	Surat Kuasa Format AFI asli 3 rangkap yang ditandatangani diatas meterai untuk permintaan data medis/ Surat Kuasa format Rumah Sakit terkait (jika diperlukan)
Dokumen Salinan	Identitas Diri (KTP/KITAS) Pemegang Polis
	Identitas Diri (KTP/KITAS) Tertanggung (jika usia Tertanggung < 17 tahun, dapat melampirkan salinan Akta Lahir dan Kartu Keluarga)
	Identitas Diri (KTP/KITAS) Termaslahat. Jika usia Termaslahat < 17 tahun, dapat melampirkan salinan Akta Lahir dan Kartu Keluarga (diperlukan jika diajukan oleh Termaslahat/Ahli Waris)
	SIM Tertanggung yang sesuai (A/B/C) yang masih berlaku saat kejadian kecelakaan (jika kejadian kecelakaan dan sebagai pengendara)
	Pasport dan Tiket Pesawat Pulang-Pergi (jika melakukan perawatan di luar negeri)
	Resume Medis dan Hasil Pemeriksaan Penunjang dan Interpretasinya, contoh: Laboratorium, Radiologi, dll (apabila dilakukan/terdapat di tagihan kwitansi)
	Rincian Biaya Perawatan, Obat-Obatan, Salinan Resep & Alat Kesehatan
	Surat Rekomendasi/Rujukan Terapi untuk Perawatan Berkelanjutan
	Legalisasi Surat Keterangan Kepolisian (jika kejadian kecelakaan)

B. Informasi Umum

Data Pemegang Polis

- [illegible]

Data Tertanggung

- [illegible]



E. Kontak Informasi Klaim



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

Email:
customer@axa-financial.co.id

F. Surat Pernyataan dan Kuasa

Dengan ini saya selaku Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan/atau Termaalihat ("Saya") menyatakan dan menjamin bahwa:

1. Saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (*utmost good faith*) dalam Permintaan Klaim Manfaat Asuransi ("**Permohonan Nasabah**"). Oleh karena itu, Saya memahami bahwa Saya wajib, dan telah mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan PT AXA Financial Indonesia ("AFI") dalam menerima atau menolak suatu Permohonan Nasabah dan/atau menetapkan Jumlah Premi.
2. Semua data, informasi, jawaban, keterangan pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan ("**Informasi Nasabah**") dalam SPAJ, Formulir Pemulihan Polis, Formulir Perubahan Polis, Formulir Klaim Manfaat Asuransi serta setiap Formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh AFI ("**Dokumen Permohonan**") sebagai bagian dari Permintaan Permohonan Nasabah yang lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Nasabah yang Saya sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja.
3. Apabila Informasi Nasabah tersebut dalam butir (2) ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Nasabah yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Klaim ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika AFI melakukan hal-hal berikut:
 - a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - b. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggung Tambahan/Polis Tambahan), dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Pertanggung Tambahan, sebagaimana relevan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan (jika ada), Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan (jika ada) dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
 - c. Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Pertanggung Tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Nasabah yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Nasabah yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya juga menyetujui bahwa AFI hanya akan membayarkan Nilai Tunai (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaikkan Dengan Investasi), jika ada.
 - d. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Polis Dasar dan/atau setiap Asuransi/Pertanggung/Polis Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan Jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - e. Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), Jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. AFI juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Investasi yang ada dalam Polis Saya, jika ada dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi.
4. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan diatas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:
 - a. Penandatanganan Formulir Klaim ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh AFI jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir (3), dan
 - b. Saya setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1226 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau Ketentuan Peraturan Perundang-Undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.

Dengan ini Saya juga MEMBERIKAN KUASA atas Tertanggung kepada 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 Tertanggung, dan mengizinkan serta memberikan persetujuan kepada AFI untuk menggunakan, menyerahkan atau memberikan informasi, keterangan, atau data yang berkaitan dengan Tertanggung yang ada dan disimpan di AFI berkaitan dengan kapasitas saya sebagai Pemegang Polis dan/atau Tertanggung kepada pihak lain, termasuk namun tidak terbatas kepada Tenaga Pemasar 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 Permintaan Klaim ini atau untuk kepentingan lainnya sepanjang tidak bertentangan dengan peraturan yang berlaku, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, maupun penawaran produk lain kepada Saya.
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.

Pernyataan dan Kuasa ini mengikat kepada ahli waris dan penerima kuasa dan tetap berlaku walaupun Tertanggung telah meninggal dunia atau cacat. Salinan dari pernyataan ini sama sahnyanya seperti aslinya.

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 Tenaga Pemasar 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 Permintaan 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.

G. Pernyataan Khusus untuk Termaslahat atau Pihak lain yang tidak pernah menandatangani SPAJ/SPAK

1. Saya selaku Termaslahat atau Pihak Lainnya yang tidak menandatangani Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Surat Permintaan Asuransi Kesehatan ("SPAJ/SPAK") ("Saya") menyatakan dan memahami bahwa sebagai bagian dari proses Permintaan Permohonan Asuransi/Pemulihan Polis/Perubahan Polis dan keberlangsungan Polis, Pemegang Polis, Tertanggung, Pembayar Premi dan/atau pihak terkait lainnya yang telah memberikan data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta kepada PT AXA Financial Indonesia ("AFI"), sebagaimana tercantum dalam SPAJ/SPAK, Formulir Pemulihan Polis, Formulir Perubahan Polis serta setiap Formulir dan dokumen lainnya (termasuk setiap dokumen atau Formulir yang diberikan kepada AFI setelah berlakunya Polis) ("**Dokumen Permohonan**"), yang mana yang sesuai dengan keadaannya (seluruhnya disebut sebagai "**Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya**").
2. Saya dengan ini menyatakan bahwa Saya tidak berhak dan tidak akan membantah, menyanggah, mempertanyakan dan/atau mempermasalahkan kebenaran Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya. Saya juga menyatakan bahwa Saya menerima seluruh ketentuan Polis (termasuk Endosemen, jika ada).
3. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan dalam Formulir Klaim ini, serta setiap Formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh AFI sebagai bagian dari Permintaan Klaim Manfaat Asuransi ("**Informasi Nasabah**"), adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada informasi Nasabah yang Saya sembunyikan.
4. Apabila sebagian atau seluruh Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya; dan/atau Informasi Nasabah ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Nasabah yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Klaim ini, Saya **SEPAKAT DAN MENYETUJUI** jika AFI melakukan hal-hal berikut ini:
 - a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - b. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan Jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - c. Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), Jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. AFI juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai yang ada dalam Polis dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan (jika ada).

PERNYATAAN PEMOHON KLAIM

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan pertanyaan tersebut diatas dengan benar dan lengkap **SERTA** menyetujui segala hal yang tercantum pada bagian **F dan G**.

Ditandatangani di: _____

Tanggal : _____

Pemegang Polis	Tertanggung	Seluruh Termaslahat atau Pihak lainnya*			
		(Jika Pemegang Polis telah meninggal dunia)			
		Termaslahat 1	Termaslahat 2	Termaslahat 3	Termaslahat 4
(Nama)	(Nama)	(Nama)	(Nama)	(Nama)	(Nama)
Tanda tangan dan Nama Jelas	Tanda tangan dan Nama Jelas	Tanda tangan dan Nama Jelas			

*) Seluruh Termaslahat wajib menandatangani Form Klaim Manfaat Asuransi, apabila area tidak cukup, silakan untuk di tanda tangan di area yang kosong



KETERANGAN DAN KRONOLOGIS KECELAKAAN

PEMBERI KETERANGAN		DATA TERTANGGUNG	
Nama	:	Nama Tertanggung	:
Tanggal lahir	:	Tanggal lahir	:
NIK	:	Produk / Plan	:
Nomor telepon	:	Nomor Polis	:
Hubungan dengan Tertanggung:			
diri sendiri / suami/istri / orang tua / keluarga (silakan pilih)			

Tanggal kejadian : ____/____/____

Waktu kejadian (jam:menit) : _____

Lokasi kejadian : _____

Jenis kecelakaan/ Trauma (Mohon diisi dan beri centang pada kotak di tabel berikut)			
Kecelakaan lalu lintas ☐	1. Jenis kendaraan: Mobil / Motor / Lainnya:.....* 2. Apakah dilaporkan ke pihak Kepolisian: Ya / Tidak* (jika ya mohon untuk lampirkan laporan tersebut) 3. Apakah bertanggung sebagai: Pengemudi / Penumpang / Pejalan Kaki* Apabila Tertanggung sebagai pengemudi, apakah: - Jenis SIM Aktif yang dimiliki: A / B1 / B2 / C / Lainnya:.....* - Jika kecelakaan motor, apakah Tertanggung menggunakan helm: Ya / Tidak* - Jika kecelakaan mobil (sebagai pengemudi/penumpang bangku depan), apakah Tertanggung menggunakan sabuk pengaman: Ya / Tidak* *) Silakan pilih salah satu yang sesuai		
Kecelakaan kerja ☐	1. Apakah ada perlindungan BPJS TK: Ya / Tidak* 2. Apakah ada perlindungan/ jaminan dari Jasa Raharja: Ya / Tidak* *) Silakan pilih salah satu yang sesuai		
Olahraga ☐	Apakah Tertanggung adalah Atlet profesional yang berhubungan dengan kecelakaan saat ini: Ya / Tidak (pilih salah satu)		
Kecelakaan lainnya ☐	Mohon penjelasannya kolom kronologi pada bagian selanjutnya		
Apakah kecelakaan atau trauma yang dialami Tertanggung berkaitan dengan hal-hal ini: (mohon pilih Ya/Tidak yang sesuai dengan kecelakaan saat ini)	<table border="0"><tr><td> - Tindakan perkelahian: Ya / Tidak - Penyakit kejiwaan atau gangguan mental: Ya / Tidak - Penyalahgunaan alkohol/Penyalahgunaan obat-obatan: Ya / Tidak - Upaya bunuh diri: Ya / Tidak </td><td> - Kegiatan olahraga yang menerima hadiah/gaji/penggantian biaya: Ya / Tidak - Olahraga profesional: Ya / Tidak - Olahraga ekstrim atau berbahaya: Ya / Tidak - Lain-lain, sebutkan..... </td></tr></table>	- Tindakan perkelahian: Ya / Tidak - Penyakit kejiwaan atau gangguan mental: Ya / Tidak - Penyalahgunaan alkohol/Penyalahgunaan obat-obatan: Ya / Tidak - Upaya bunuh diri: Ya / Tidak	- Kegiatan olahraga yang menerima hadiah/gaji/penggantian biaya: Ya / Tidak - Olahraga profesional: Ya / Tidak - Olahraga ekstrim atau berbahaya: Ya / Tidak - Lain-lain, sebutkan.....
- Tindakan perkelahian: Ya / Tidak - Penyakit kejiwaan atau gangguan mental: Ya / Tidak - Penyalahgunaan alkohol/Penyalahgunaan obat-obatan: Ya / Tidak - Upaya bunuh diri: Ya / Tidak	- Kegiatan olahraga yang menerima hadiah/gaji/penggantian biaya: Ya / Tidak - Olahraga profesional: Ya / Tidak - Olahraga ekstrim atau berbahaya: Ya / Tidak - Lain-lain, sebutkan.....		

Mohon ceritakan kronologis kecelakaan/ trauma yang dialami secara detail.

--

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

Tanggal: ____/____/____

Tanda tangan dan nama jelas
