



FORMULIR KLAIM MANFAAT ASURANSI

C.4 Permintaan Klaim Manfaat Penyakit Kritis

Wajib ditandatangani oleh **Pemegang Polis***, **Tertanggung dan seluruh Termaslahat*** yang selanjutnya disebut sebagai Pemohon Klaim.

**) Tidak diperlukan tanda tangan Pemegang Polis jika Pemegang Polis telah meninggal dunia*

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

Nomor Polis	
Plan	
Nomor Polis lain	

Catatan

- Semua bagian dalam formulir ini wajib diisi lengkap dan benar oleh Pemegang Polis/Tertanggung serta jelas terbaca oleh Penanggung sesuai dengan fakta yang sebenarnya
- Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi
- Apabila kolom yang ada tidak mencukupi, mohon di tuliskan di lembar lainnya
- Setiap koreksi di dalam formulir ini wajib di paraf oleh Pemegang Polis/Tertanggung

Jenis Permintaan(silakan dipilih, dapat dipilih lebih dari satu):

☐ Manfaat Penyakit Kritis	☐ Manfaat Waiver/Payor Penyakit Kritis
--	---

A. Syarat Dokumen Klaim Wajib

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

Tipe	Keterangan Dokumen
Dokumen Asli	Formulir Klaim Penyakit Kritis yang ditandatangani oleh Pemohon Klaim
	Surat Keterangan Dokter Penyakit Kritis yang diisi oleh Dokter yang merawat
	Surat Kronologis Kecelakaan format AXA Financial Indonesia (AFI) (jika kejadian kecelakaan)
	Surat Kuasa Penunjukkan Hak Penerima Manfaat (jika terdapat pengalihan pembayaran)
Dokumen Salinan	Surat Kuasa format AFI asli 3 rangkap yang ditandatangani diatas meterai untuk permintaan data medis/ Surat Kuasa format Rumah Sakit terkait (jika diperlukan)
	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)
	Dokumen yang dapat membuktikan hubungan antara Tertanggung dengan Termaslahat dan Pemegang Polis seperti seperti: Kartu Keluarga, Akta Nikah, Akta Lahir, Akte Adopsi, dll (diperlukan jika diajukan oleh Termaslahat/Ahli Waris)
	Legalisasi Surat Keterangan Kepolisian disertai sketsa TKP/Tempat Kejadian Perkara (jika kejadian kecelakaan)
	Resume Medis perawatan terakhir Tertanggung dan Hasil Pemeriksaan Penunjang dan Interpretasinya, contoh: Laboratorium, Radiologi, dll

B. Informasi Umum

Data Pemegang Polis

1. Nama	
2. No Telepon/HP	
3. Email	
4. Alamat Lengkap	
5. No KTP/Passport/KITAS	

C. Informasi Penyakit Kritis

1. Nama Tertanggung	
2. No KTP/Passport/KITAS	
3. Tanggal Lahir Tertanggung	
4. Asuransi Lain termasuk BPJS	☐ Ya ☐ Tidak

Jika **ya** mohon dapat melengkapi tabel dibawah ini:

No	Nama Perusahaan Asuransi	Nomor Polis	Tanggal Efektif Polis

5. Jenis Penyakit Kritis yang diajukan	
6. Tanggal Rawat Inap	
7. Tanggal Pertama Kali Timbul Keluhan	

Email:
customer@axa-financial.co.id



F. Surat Pernyataan dan Kuasa

Dengan ini saya selaku Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan/atau Termaslahat ("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/Pertanggungan Tambahan/Polis Tambahan), dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Pertanggungan 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/Pertanggungan 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 Dikaitkan 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/Pertanggungan/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 sahnya 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 Endorsemen, 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

PT AXA FINANCIAL INDONESIA

Customer Care Centre

AXA Tower Lt. 18

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

Email: customer@axa-financial.co.id

Head Office

AXA Tower Lt. 17

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

Telp: +62 21 5093 6000





Lokasi kejadian : _____

Mohon ceritakan kronologis kecelakaan/ trauma yang dialami secara detail.

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

Tanggal: / /

Tanda tangan dan nama jelas