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 :

Data Penderita

Nama lengkap Penderita : _____ Jenis kelamin : ☐ Pria ☐ 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 : ☐ Luka / Cidera ☐ 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	☐ YA ☐ TIDAK, Mohon jelaskan : _____ ☐ YA ☐ TIDAK, Mohon jelaskan : _____ ☐ YA ☐ TIDAK, Mohon jelaskan : _____ ☐ YA ☐ TIDAK, Mohon jelaskan : _____ ☐ YA ☐ TIDAK, Mohon jelaskan : _____ ☐ YA ☐ 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 dperlukan*

PT. AXA Financial Indonesia
AXA CENTRE Ratu Plaza Office Building Lt. 2, Jl. Jenderal Sudirman No. 9 Jakarta 10270 - Indonesia
Telephone : (021) 7278 3888 **Facsimile :** (021) 7279 1428, 726 7124 **Email :** services@axa-financial.co.id
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
AXA CENTRE Ratu Plaza Office Building Lt. 2, Jl. Jenderal Sudirman No. 9 Jakarta 10270 - Indonesia
Telephone : (021) 7278 3888 **Facsimile :** (021) 7279 1428, 726 7124 **Email :** services@axa-financial.co.id
www.axa-financial.co.id