FORMULIR KLAIM PENYAKIT KRITIS

(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.

Data Pengaju Klaim

Nama Pemegang Polis : _____ Jenis kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita

Nama Tertanggung : _____ Jenis kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita

No. Polis : _____

Tempat & Tanggal lahir : _____ Nomor KTP / Identitas lain : _____

Alamat : _____

Nomor Telepon / HP : _____

Nama/ Diagnosa dari keadaan/ penyakit Tertanggung	_____
Kapan pertama kali Tertanggung mulai merasakan keluhan / gejala dari keadaan/ penyakit ini ?	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ tanggal / bulan / tahun
Mohon jelaskan keluhan/ gejala tersebut secara terperinci	_____
Kapan pertama kali Tertanggung berkonsultasi dengan dokter mengenai keluhan/ gejala tersebut ?	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ tanggal / bulan / tahun
Mohon jelaskan secara detail dan lampirkan hasil pemeriksaan atau tes dari rumah sakit sehubungan dengan keadaan/ penyakit Tertanggung	_____ _____ _____
Apakah Tertanggung sebelumnya pernah mengalami atau pernah berobat atas keadaan/ penyakit ini ?	☐ YA ☐ TIDAK Jika YA, Kapan ? ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ tanggal / bulan / tahun
Mohon tuliskan nama dan alamat seluruh dokter, baik dokter umum ataupun dokter spesialis, yang pernah dikunjungi oleh Tertanggung beserta tanggal kunjungannya untuk keadaan/ penyakit/ kecelakaan apapun.*	Nama & Alamat Dokter : _____ Alamat Klinik / Rumah Sakit : _____ Tanggal Konsultasi : _____ Nama keadaan/ penyakit : _____ Nama & Alamat Dokter : _____ Alamat Klinik / Rumah Sakit : _____ Tanggal Konsultasi : _____ Nama keadaan/ penyakit : _____
Polis perlindungan Penyakit Kritis di perusahaan asuransi lain yang dimiliki oleh Tertanggung	Nama Perusahaan Asuransi : _____ Nama Program Asuransi : _____ No. Polis : _____ Tanggal Polis Efektif : _____
Mohon berikan keterangan lain yang belum disebutkan*	_____ _____

*Gunakan lembar tambahan bila diperlukan

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 PENYAKIT KRITIS

Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke :

Nama : _____

No. Rekening : _____ Mata Uang : ☐ Rupiah ☐ US$

Bank : _____

Cabang : _____

Alamat Bank : _____

Catatan
Pembayaran Klaim Penyakit Kritis 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 dan Nama jelas

Pengajuan Klaim Penyakit Kritis harus disertai dengan dokumen-dokumen sebagai berikut :

- ☐ Formulir Klaim Penyakit Kritis **Asli**
- ☐ Surat Keterangan Dokter untuk penyakit kritis **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