

- Semua bagian dalam formulir wajib diisi dengan lengkap sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat
All parts of the form must be filled out completely so that claims can be processed quickly and accurately.
- Setiap koreksi penulisan/pengisian dalam bentuk catatan atas formulir wajib ditandatangani/paraf oleh Pemegang Polis atau Tertanggung atau Penerima Manfaat
Any corrections made to this form must be signed by the Policy Holder, Insured or Beneficiary.
- Mohon untuk tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong/atau tidak terisi
Please do not sign blank or unfilled.
- **Klaim baru dapat di proses setelah dokumen lengkap dan benar kami terima (termasuk dokumen tambahan jika diperlukan). Hasil dari proses klaim akan kami sampaikan dalam waktu 14 hari kerja**
Claim can be processed after we received complete and correct documents (including additional document if needed). The result of claim process will be informed within 14 working days.
- **Dapatkan update status klaim anda melalui layanan EMMA – Portal Nasabah (<https://axa-mandiri.co.id/web/customer>)**
Get your claim status update at EMMA – Customer Portal (<https://axa-mandiri.co.id/web/customer>).

Ceklist Dokumen Standar Pengajuan Klaim Ketidakmampuan Checklist of Standard Documents for Submitting Disability Claims										Nomor Polis Policy Number (dapat di isi lebih dari 1 polis jika klaim ditujukan untuk beberapa polis can be filled more than 1 policy if claim for multiple Policies)											
☐ 1. Formulir Klaim Ketidakmampuan (Bagian I) 1. Claim Form (Section I)										1.											
☐ 2. Formulir Keterangan Dokter (Bagian II) atau Resume Medis 2. Doctor Statement (Section II) or resume medic										2.											
☐ 3. Fotokopi Hasil Pemeriksaan Penunjang (Laboratorium, Radiologi, EKG, dll) 3. Copy of the results of supporting examinations (laboratory, radiology, EKG, etc.)										3.											
☐ 4. Fotokopi identitas Pemegang Polis (WNI: KTP, WNA: passport/KITAS) (jika pengajuan di isi dan ditandatangani oleh penerima manfaat Lampirkan tambahan fotokopi identitas penerima manfaat. 4. Copy of Policy Holder's identity (WNI: KTP, WNA: passport/KITAS) (if the application is filled in and signed by the beneficiary, please add a copy of Beneficiary's identity)										4.											
										5.											
Mohon memastikan Polis Anda miliki Manfaat yang di klaim Please make sure your policy has benefit claimed.																					
Jenis Perawatan Treatment type		☐ Cacat Sementara Temporary Disability (cacat fungsi tubuh yang diderita sementara)					☐ Cacat Tetap Permanent Disability (cacat fungsi tubuh yang diderita permanent)					☐ Lain-lain Other									
BAGIAN I. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS/TERTANGGUNG SECTION I. POLICY HOLDER/INSURED STATEMENT																					
Nama Pemegang Polis Policy Holder																					
No NIK National ID Number																					
Nomor Telepon Telephone Number																					
Alamat Surat Elektronik E-mail Address																					
Catatan: PT AXA Mandiri Financial Services akan memperbarui alamat e-mail dan nomor kontak berdasarkan informasi di atas Note: PT AXA Mandiri Financial Services will be updating E-mail address and the contact numbers based on the information above.																					
Nama Tertanggung Insured Name																					
Pastikan nama Tertanggung sesuai dengan yang terdaftar di dalam Polis atau Sertifikat Polis Make sure the name of the Insured registered in the Policy or Certificate																					
Tanggal Lahir (dd-mm-yyyy) Date of Birth (dd-mm-yyyy)		- -										Jenis Kelamin Sex		☐ Laki-Laki Male		☐ Perempuan Female					
A. INFORMASI KETIDAKMAMPUAN DISABILITY INFORMATION																					
Tanggal gejala pertama kali dirasakan Date of symptoms sensed		- -																			
Diagnosa Diagnosis																					
Berhubungan dengan kecelakaan? Related to Accident?		Jika 'Ya' Mohon Jelaskan Kronologis Kecelakaan If "Yes" Please describe the chronology of accident:																			
Tanggal terakhir bekerja Last working date		- -										Jenis Pekerjaan Type of work									
Jika masih bekerja, kapan rencana kembali bekerja If still working, when do you plan to return to work?		- -										Nama Perusahaan Company Name									
B. RIWAYAT PENYAKIT MEDICAL HISTORY																					
Apakah Penderita pernah berkunjung ke/dirawat di Rumah Sakit lain sebelumnya? Has the insured ever been an outpatient/inpatient at another hospital before?										☐ Ya Yes		☐ Tidak No		Jika 'Ya' mohon dijelaskan If "Yes" Please describe							
Diagnosa Diagnosis		Terdiagnosa sejak? Diagnosed since?				Nama Dokter Doctor Name				Nama Rumah Sakit Hospital Name											
		/...../.....																			
		/...../.....																			
		/...../.....																			

C. INFORMASI ASURANSI LAINNYA | OTHER INSURANCE INFORMATION

Apakah Penderita memiliki Asuransi di Perusahaan Asuransi Lain?
Does the Insured have another insurance from another insurance company?

Ya
Yes

Tidak
No

Nama Perusahaan Asuransi
Name of insurance Company

D. INFORMASI REKENING | BANK ACCOUNT INFORMATION *(diisi bila polis premi tunggal atau pembayaran premi dengan kartu kredit/to be filled if single premium policy or premium payment by credit card)*

Nama Pemilik Rekening
Account holders' name

Nomor Rekening Bank
Bank Account Number

Nama Bank
Bank Name

Kode SWIFT Bank
Bank SWIFT Code

Apabila pembayaran ke rekening Bank luar negeri dan mata uang selain USD
If the payment is made to a foreign bank account and in a currency other than USD

Pencairan dana klaim hanya dapat ditransfer ke rekening yang digunakan untuk pendebitan Premi/ *claim payment only can be transferred to the account used for premium debit.*

D. KETERLAMBATAN PENGAJUAN KLAIM | CLAIMS SUBMITTING DELAY

Apakah pengajuan Klaim Ketidakmampuan ini sudah melebihi dari 90 hari terhitung dari tanggal terdiagnosa? Jika "YA" mohon berikan alasannya.
Has this Disability Claim submitted more than 90 days from the date of diagnosis? If "YES" please provide reasons

E. PERNYATAAN DAN KUASA PEMEGANG POLIS/TERTANGGUNG | STATEMENT AND POWER OF POLICY HOLDER/INSURED

Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa | *I/We hereby declare and agree that:*

1. Saya/Kami telah membaca, mengerti, menjawab dan mengisi pertanyaan-pertanyaan dan informasi tersebut di atas dengan sebenar-benarnya, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya tanpa tekanan dan paksaan dari pihak manapun. Saya/Kami mengerti bahwa pengajuan dan pembayaran klaim akan diproses oleh PT AXA Mandiri Financial Services ("Penanggung") sesuai dengan ketentuan ketentuan Penanggung yang berlaku. Jika ternyata keterangan yang diberikan itu tidak benar dan/atau tidak lengkap, maka Penanggung berhak untuk meminta Saya/Kami untuk melengkapi ataupun menolak pengajuan klaim.
I/We have read, understood, answered, and filled out the questions and information mentioned above correctly, completely and in accordance with the actual situation without pressure and coercion from any party. I/We understand that the submission and payment of claims will be processed by PT AXA Mandiri Financial Services (the "Insurer") in accordance with the provisions of this application/website and the provisions of the applicable Insurer. If it turns out that the information provided is incorrect and/or incomplete, the Insurer has the right to ask me/us to complete or reject the claim submission.

2. Saya/Kami setuju memberikan kuasa kepada Penanggung untuk meminta semua keterangan, informasi, dokumen, dan ringkasan/catatan medis ("Informasi") mengenai Saya/Kami kepada tenaga medis, dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, sarana pelayanan kesehatan, Penanggung asuransi, Penanggung reasuransi, badan hukum, instansi, atau perorangan, organisasi atau pihak lain ("Pemegang Informasi") yang mempunyai informasi Saya/Kami, dan Saya/Kami dengan ini memberikan ijin dan kuasa kepada Pemegang Informasi untuk memberikan Informasi kepada Penanggung dalam rangka proses klaim dan pelayanan nasabah.
I/We agree to authorize the Insurer to request all information, information, documents, and summaries/medical records ("Information") regarding me/us from medical personnel, doctors, hospitals, clinics, health centers, laboratories, service facilities health insurance, reinsurance insurers, legal entities, agencies, or individuals, organizations or other parties ("Information Holders") who have I/Our information, and I/We hereby grant permission and power to the Information Holder to provide information to Insurers in the framework of the claim process and customer service.

3. Saya/Kami setuju dan mengizinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi, keterangan, atau data-data Saya/Kami yang diperoleh dan/atau dimiliki Penanggung kepada pihak ketiga (termasuk tapi tidak terbatas pada Penanggung asuransi, reasuransi, bank, group, dan afiliasi dari Pemegang Saham, serta pihak lain) yang bekerja sama dengan Penanggung baik di dalam atau luar negeri dalam rangka, termasuk tapi tidak terbatas pada pelayanan nasabah, proses klaim, dan/atau penawaran produk.
I/We agree and allow the Insurer to use or provide information, information, or My/Our data obtained and/or owned by the Insurer to third parties (including but not limited to insurance, reinsurance, bank, group, and affiliations of Shareholders, as well as other parties) who cooperate with the Insurer both at home and abroad in the context of, including but not limited to customer service, claim processing, and/or product offerings.

4. Saya/Kami senantiasa menjamin untuk merahasiakan dan tidak akan menggandakan, mengungkapkan maupun menyebarluaskan setiap dan segala informasi pribadi Saya/Kami yang berhubungan dengan termasuk hubungan hukum yang didasarkan atas pengajuan pada dokumen/formulir ini antara Saya/Kami dan Penanggung kepada pihak manapun melalui media apapun. *I/We always guarantee to keep confidential and will not duplicate, disclose, or disseminate any and all of My/Our personal information related to including legal relationships based on the submission of this document/form between Me/We and the Insurer to any party through any medium.*

5. Segala risiko yang timbul sehubungan dengan pengajuan pada Formulir ini sepenuhnya merupakan tanggung jawab Saya dan Saya membebaskan AXA Mandiri dari segala tanggung jawab, gugatan, kerugian, dan/atau tuntutan dalam bentuk apapun di kemudian hari dari pihak manapun termasuk Saya atas pengajuan Formulir ini, kecuali yang diakibatkan kesalahan dan/atau kelalaian AXA Mandiri.
All risks arising from the submission of this Form are entirely my responsibility and I release AXA Mandiri from any kind of responsibility, claims, losses, and/or demands in the future from any party including me upon the submission of this Form, except those caused by AXA Mandiri's error and/or negligence.

Perbarui Data Anda Segera

Agar kami dapat melayani Bapak/Ibu dengan lebih baik, mohon agar Bapak/Ibu dapat melakukan pengkinian data diri jika terdapat perubahan dari data sebelumnya, seperti nomor telepon, nomor handphone, alamat rumah/kantor, maupun alamat e-mail.
Pengkinian data dapat dikirimkan kepada kami melalui e-mail ke customer@axa-mandiri.co.id atau melalui Customer Care Centre (CCC) 1500-803 maupun mengunjungi layanan Customer Care Centre (CCC) AXA Tower GF, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18 Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia

Pemegang Polis
Policy Holder

Nama Jelas & Tanda tangan | *Name & sign*
(jika Pemegang Polis berhalangan dapat digantikan dengan Tertanggung atau Penerima Manfaat | *If Policy Holder unable can be replaced by Insured or Beneficiary*)

Nomor polis Policy number	1.																			
	2.																			
	3.																			

BAGIAN II. PERNYATAAN DOKTER | SECTION II. DOCTOR STATEMENT

Guna memperlancar proses klaim dan sebagai syarat pengajuan klaim asuransi, mohon kesediaan Dokter untuk mengisi Formulir Klaim ini dengan lengkap dan tidak menandatangani Formulir Klaim ini dalam keadaan kosong | In order to expedite the claim process and as a condition for filing an insurance claim, please provide a doctor's willingness to complete this Claim Form completely and do not sign this Claim Form empty.

A. INFORMASI PASIEN | PATIENT INFORMATION/INSURED

Nama Pasien Patient Name/ Insured																								
Nomor Rekam Medis Medical Number																								
Tanggal pemeriksaan saat ini Current Treatment date																								
Nama Dokter yang merawat Treating Doctor																								
Gejala penyakit yang dirasakan Symptoms presented																								
Tanggal gejala pertama kali dirasakan Date of first symptoms sensed											Tanggal pertama kali konsultasi Date of first consultation													
Diagnosa Diagnosis																								
Tanggal terdiagnosa Date diagnosed											Kode ICD 10 ICD 10 Code													
Pemeriksaan penunjang yang dilakukan Additional examination which is conducted																								
Terapi Therapy																								
Jika karena kecelakaan, mohon jelaskan If accident cause, please explain	Tanggal kecelakaan Date of accident										Tempat kecelakaan Location of accident													
Penyakit saat ini berhubungan dengan? Current disease associated with?	☐ Genetik/ Penyakit Bawaan atau kelainan sejak lahir Genetics / Congenital Diseases or abnormalities from birth										☐ HIV/AIDS dan Komplikasinya HIV/AIDS and its Complications													
	☐ Kehamilan, Kelahiran, atau Keguguran dan komplikasinya Pregnancy, Childbirth, or miscarriage and it's complication										☐ Estetika Aesthetics													
	☐ Mengkomsumsi atau penyalahgunaan Alkohol atau Penggunaan obat-obat terlarang Consuming or abusing alcohol or using illegal drugs										☐ Penyakit menular seksual Sexually transmitted disease													
	☐ Gangguan fungsional/emosional, psikotik, neurotik, psikosomatik dan manifestasi fisiologinya Mental disorder, psychotic, neurotic psychosomatic and it's manifestation																							
	☐ Lainnya, mohon jelaskan Others, please describe																							
Rencana untuk pengobatan lanjutan (jika ada) Plans for follow-up treatment (if any)											Estimasi Lama Pengobatan Estimated Treatment Duration													
Apakah ketidakmampuan/Cacat Tetap akan berlangsung selamanya? Will the disability last forever?	☐ Ya Yes		Jika "ya" mohon jelaskan If 'yes', please describe:																					
Merupakan penyakit episode berulang? Is the disease a recurring episode?	☐ Ya Yes		Jika "ya" mohon jelaskan If 'yes', please describe:																					
Apakah pernah mengalami penyakit/cedera serupa sebelumnya? Have you had a similar illness/injury before?	☐ Ya Yes		Jika "ya" mohon jelaskan: If 'yes', please describe:																					
Apakah kehilangan sebagian anggota tubuh? Did you lose part of your body?	☐ Ya Yes		☐ Tidak No		Apakah disfungsi sebagian anggota tubuh? Is it a dysfunction of a part of the body?										☐ Ya Yes		☐ Tidak No							
Mohon jelaskan bagian anggota tubuh mana yang mengalami kehilangan/disfungsi Please explain which part of the body is missing/dysfunction	Kedua belah tangan atau satu tangan? Both hands or one hand				() Ya Yes () Tidak No				Satu kaki dan penglihatan satu mata? One leg and one eyesight				() Ya Yes () Tidak No											
	Kedua belah kaki atau satu kaki? Both feet or one leg				() Ya Yes () Tidak No				Satu tangan, mulai dari pergelangan? One hand, starting from the wrist				() Ya Yes () Tidak No											
	Penglihatan kedua mata, atau satu mata? Vision of both eyes, or one eye				() Ya Yes () Tidak No				Satu kaki? One Leg				() Ya Yes () Tidak No											
	Satu tangan dan Satu kaki atau salah satu? One hand and One foot or one				() Ya Yes () Tidak No				Penglihatan satu mata? One eye vision				() Ya Yes () Tidak No											
	Satu tangan dan penglihatan satu mata? One hand and one eyesight				() Ya Yes () Tidak No				Ibu Jari dan jari telunjuk salah satu tangan? Thumb and index finger on one hand				() Ya Yes () Tidak No											
Apakah terjadi kelumpuhan? Does paralysis occur?	☐ Ya Yes		☐ Tidak No		Apakah ada komplikasi? Are there any complications?										☐ Ya Yes		☐ Tidak No							
Apakah kondisi Pasien masih dapat melakukan hal-hal secara mandiri/ sendiri?. Is the condition of the patient/insured still able to do things independently/ by themselves?	Aktifitas Activity										Dilakukan Sendiri Self					Memerlukan Bantuan Needs Assistance								
	Kemampuan untuk makan sendiri The ability to eat alone										() Ya Yes () Tidak No					() Ya Yes () Tidak No								
	Kemampuan untuk membersihkan diri sendiri The ability to clean yourself										() Ya Yes () Tidak No					() Ya Yes () Tidak No								
	Kemampuan untuk memakai/mengganti baju The ability to wear / change clothes										() Ya Yes () Tidak No					() Ya Yes () Tidak No								
	Kemampuan untuk menggunakan keperluan toilet sendiri The ability to use your own toilet needs										() Ya Yes () Tidak No					() Ya Yes () Tidak No								
	Kemampuan untuk bangun dari kursi/ranjang sendiri The ability to get up from your own chair/bed										() Ya Yes () Tidak No					() Ya Ye () Tidak No								
	Kemampuan untuk berpindah ke ruangan lain The ability to move to another room										() Ya Yes () Tidak No					() Ya Yes () Tidak No								

Apakah kondisi Pasien saat ini memungkinkan untuk melakukan pekerjaan atau profesi yang biasa dilakukan untuk mendapatkan penghasilan atau gaji? <i>Does the current condition of the patient / Insured allow him to do his usual job or profession to earn income or salary?</i>		☐ Ya <i>Yes</i>	☐ Tidak <i>No</i>	
Jika Ya, kapan Pasien ini diperkirakan akan pulih Kembali dan dapat bekerja <i>If yes, when is this patient expected to recover and be able to work?</i>		- -	Tahun <i>Year</i>	Bulan <i>Months</i>
Jika Tidak, mohon berikan contoh bidang pekerjaan yang masih dapat dikerjakan Penderita <i>If not, please provide examples of fields of work that the patient can still do</i>				

B. RIWAYAT PENYAKIT <i>MEDICAL HISTORY</i>				
Apakah Pasien pernah berkunjung ke/dirawat di Rumah Sakit lain sebelumnya? <i>Has the insured ever been an outpatient/inpatient at another hospital before?</i>		☐ Ya <i>Yes</i>	☐ Tidak <i>No</i>	Jika 'Ya' mohon dijelaskan <i>If "Yes" Please describe</i>
Diagnosa <i>Diagnosis</i>	Terdiagnosa sejak? <i>Since Diagnosis?</i>	Nama Dokter <i>Doctor Name</i>	Nama Dokter <i>Doctor Name</i>	Apakah riwayat tersebut berhubungan dengan diagnosa/perawatan saat ini? <i>Is this history related to current diagnosis/treatment?</i>
	/...../.....			() Ya <i>Yes</i> () Tidak <i>No</i>
	/...../.....			() Ya <i>Yes</i> () Tidak <i>No</i>
	/...../.....			() Ya <i>Yes</i> () Tidak <i>No</i>
	/...../.....			() Ya <i>Yes</i> () Tidak <i>No</i>
	/...../.....			() Ya <i>Yes</i> () Tidak <i>No</i>
C. PERNYATAAN DOKTER <i>MEDICAL PRACTICIONER DECLARATION</i>				
Dengan ini menyatakan bahwa Saya adalah Dokter yang merawat pasien ini dan Saya memberikan keterangan dengan sebenar-benarnya sesuai dengan pengetahuan yang Saya miliki. <i>Hereby declare that I am the Doctor who treated his patient and I confirm that the information given are true based on my professional knowledge.</i>				
Nama Dokter yang merawat <i>Attending Physician</i>				Nama Dokter, Tanda Tangan dan Stempel <i>Full Name and signature with hospital/ doctor's stamp</i>
Nomor Telepon <i>Telephone Number</i>				
Alamat E-mail Dokter <i>Doctor E-mail Address</i>				
Nama Tempat Praktek (RS/Klinik) <i>Name of Practices location (Hospital/Clinic)</i>				
Tempat dan Tanggal <i>Place and Date</i>		- -		