

# FORMULIR KLAIM PENYAKIT KRITIS | CRITICAL ILLNESS CLAIM FORM

Catatan | Notes:

- 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  
Any corrections made to this form must be signed by the Policy Holder.
- 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 Penyakit Kritis Checklist of Standard Documents for Submitting Critical illness 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)																
<input type="checkbox"/> 1. Formulir Klaim Penyakit Kritis (Bagian I) 1. Claim Form (Section I)		1.																
<input type="checkbox"/> 2. Formulir Keterangan Dokter (Bagian II) atau resume medis 2. Doctor Statement (Section II) or resume medic		2.																
<input type="checkbox"/> 3. Fotokopi Hasil Pemeriksaan Penunjang (Laboratorium, Radiologi, EKG, dll) 3. Copy of the results of supporting examinations (laboratory, radiology, EKG, etc.)		3.																
<input type="checkbox"/> 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 Manfaat Benefit type	<input type="checkbox"/>	Penyakit Kritis Critical Illness	<input type="checkbox"/>	Penyakit Terminal Terminal Illness	<input type="checkbox"/>	Lain-lain Other												
BAGIAN I. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS/TERTANGGUNG   SECTION I. POLICY HOLDER/INSURED DATA																		
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	<input type="checkbox"/> Pastikan nama Tertanggung sesuai yang terdaftar di dalam Polis atau Sertifikat Polis   Make sure the name of the Insured is as registered in the Policy or Policy Certificate																	
Tanggal Lahir (dd-mm-yyyy) Date of Birth (dd-mm-yyyy)	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jenis Kelamin Sex	<input type="checkbox"/> Laki-Laki Male	<input type="checkbox"/> Perempuan Female
A. INFORMASI PENYAKIT KRITIS   CRITICAL ILLNESS INFORMATION																		
Tanggal Pertama Kali Terdiagnosa Date of First Diagnosed	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>																	
Diagnosa Diagnosis	<input type="text"/>																	
Berhubungan dengan kecelakaan? Related to Accident?	Jika 'Ya' Mohon Jelaskan Kronologis Kecelakaan   If "Yes" Please describe the chronology of accident: <input type="text"/>																	
B. RIWAYAT PENYAKIT   MEDICAL HISTORY																		
Apakah Tertanggung pernah berkunjung ke/dirawat di Rumah Sakit lain sebelumnya? Has the insured ever been an outpatient/inpatient at another hospital before?		<input type="checkbox"/> Ya Yes	<input type="checkbox"/> Tidak No	Jika 'Ya' mohon dijelaskan   If "Yes" Please describe <input type="text"/>														
Diagnosa Diagnosis	Terdiagnosa sejak? Diagnosed since?		Nama Dokter Doctor Name		Nama Rumah Sakit Hospital Name													
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>													
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>													
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>													

### C. INFORMASI ASURANSI LAINNYA | OTHER INSURANCE INFORMATION

Apakah Tertanggung memiliki Asuransi di Perusahaan Asuransi Lain? Does the Insured have another insurance from another insurance company?	<input type="checkbox"/>	Ya Yes	<input type="checkbox"/>	Tidak No	Nama Perusahaan Asuransi Name of insurance Company	<input type="text"/>
--	--------------------------	-----------	--------------------------	-------------	---	----------------------

### 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	<input type="text"/>
Nomor Rekening Bank Bank Account Number	<input type="text"/>
Nama Bank Bank Name	<input type="text"/>
Kode SWIFT Bank Bank SWIFT Code	<input type="text"/>
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 pendebetan Premi/ claim payment only can be transferred to the account used for premium debit.

### E. KETERLAMBATAN PENGAJUAN KLAIM | CLAIMS SUBMITTING DELAY

Apakah pengajuan Klaim Penyakit Kritis ini sudah melebihi dari 90 hari terhitung dari tanggal terdiagnosa? Jika "YA" mohon berikan alasannya. Has this Critical Illness Claim submitted more than 90 days from the date of diagnosis? If "YES" please provide reasons.	<input type="text"/>
---	----------------------

### F. 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 mengijinkan 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](mailto: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 Penerima Manfaat |  
If Policy Holder is incapacitated, then can be replaced by 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 MEDIS | MEDICAL INFORMATION

Nama Pasien Patient Name																				
Nomor Rekam Medis Medical Number																				
Nama Dokter yang merawat Treating Doctor																				
Gejala penyakit yang dirasakan Symptoms presented																				
Tanggal gejala pertama kali dirasakan Date of first symptoms sensed	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	Tanggal pertama kali konsultasi Date of first consultation								<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>										
Dokter yang merujuk (jika ada) Referral doctor (if any)																				
Diagnosa Diagnosis																				
Tanggal terdiagnosa Date diagnosed	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	Kode ICD 10 ICD 10 Code								<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>										
Pemeriksaan penunjang yang dilakukan Additional examination which is conducted																				
Terapi Therapy	<input type="checkbox"/> <b>Medikamentosa Conservative</b> <i>Conservative Medicine</i>	<input type="checkbox"/> <b>Nama Pembedahan</b> <i>Surgical Name</i>																		
Jika karena kecelakaan, mohon jelaskan If accident cause, please explain	<input type="checkbox"/> <b>Pembedahan</b> <i>Surgical</i>	<input type="checkbox"/> <b>Tanggal</b> <i>Date</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	Tempat kecelakaan Location of accident																
Penyakit saat ini berhubungan dengan? Current disease associated with?	<input type="checkbox"/> <b>Genetik/ Penyakit Bawaan atau kelainan sejak lahir</b> <i>Genetics / Congenital Diseases or abnormalities from birth</i> <input type="checkbox"/> <b>Kehamilan, Kelahiran, atau Keguguran dan komplikasinya</b> <i>Pregnancy, Childbirth, or miscarriage and its complication</i> <input type="checkbox"/> <b>Mengkomsumsi atau penyalahgunaan Alkohol atau Penggunaan obat-obatan terlarang</b> <i>Consuming or abusing alcohol or using illegal drugs</i> <input type="checkbox"/> <b>Gangguan fungsional/emosional, psikotik, neurotik, psikosomatik dan manifestasi fisiologinya   Mental disorder, psychotic, neurotic psychosomatic and its manifestation</b> <input type="checkbox"/> <b>Lainnya, Mohon jelaskan</b> <i>Others, please describe</i>																			
Rencana untuk pengobatan lanjutan (jika ada)   Plans for follow-up treatment (if any)	<b>Jika 'ya' mohon dijelaskan   If "Yes" Please describe</b>																			

### B. RIWAYAT PENYAKIT | MEDICAL HISTORY

Apakah Tertanggung pernah berkunjung ke/dirawat di Rumah Sakit lain sebelumnya? Has the insured ever been an outpatient/inpatient at another hospital before?	<input type="checkbox"/> Ya Yes	<input type="checkbox"/> Tidak No	Jika 'Ya' mohon dijelaskan   If "Yes" Please describe	
Diagnosa Diagnosis	Terdiagnosa sejak? Since Diagnosis?	Nama Dokter Doctor Name	Nama Dokter Doctor Name	Apakah riwayat tersebut berhubungan dengan diagnosa/perawatan saat ini? Is this history related to current diagnosis/treatment?
	...../...../.....			( ) Ya   Yes     ( ) Tidak   No
	...../...../.....			( ) Ya   Yes     ( ) Tidak   No
	...../...../.....			( ) Ya   Yes     ( ) Tidak   No

### C. PERNYATAAN DOKTER | MEDICAL PRACTICIONER DECLARATION

Dengan ini menyatakan bahwa Saya adalah Dokter yang merawat pasien ini dan Saya memberikan keterangan dengan sebenar-benarnya sesuai dengan pengetahuan yang Saya miliki.  
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.

Nama Dokter yang merawat Attending Physician																					<b>Nama Dokter, Tanda Tangan dan Stempel</b> <i>Full Name and signature with hospital/ doctor's stamp</i>
Nomor Telepon Telephone Number																					
Alamat E-mail Dokter Doctor E-mail Address																					
Nama Tempat Praktek (RS/Klinik) Name of Practices location (Hospital/Clinic)																					
Tempat dan Tanggal Place and Date	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>																				