



FORMULIR PENGAJUAN KLAIM SELAIN MENINGGAL DUNIA/ NON DEATH CLAIM FORM

Catatan Penting / Important Notes :

1. Isilah formulir ini dengan lengkap & benar, lengkapi dokumen klaim yang dibutuhkan agar klaim dapat diproses dengan cepat & akurat / Please fill this form completely & correctly, complete all needed documents to ensure fast & accurate claim processing.
2. Apabila kolom yang ada tidak mencukupi, mohon dituliskan di lembar lainnya / If the space is not enough, please written on other sheets.
3. Setiap koreksi penulisan/pengisian dalam bentuk catatan atas formulir ini wajib ditandatangani oleh pengaju klaim / Any corrections made to this form must be signed by the claimant.
4. Komunikasi terkait proses klaim akan disampaikan melalui email/SMS/ telp/WhatsApp. Communication on claim processes will be done through email / SMS / phone call / WhatsApp.

BAG. 1

DIISI OLEH AHLI PEMEGANG POLIS/TERTANGGUNG / FILLED BY POLICY HOLDER/INSURED

A. DATA PEMEGANG POLIS/TERTANGGUNG

No Polis / Policy No :

Nama Pemegang Polis / Policy Holder :

Nama Tertanggung (bila berbeda dengan pemegang polis) /
Insured's Name (if insured not the same person with Policy Holder)

E-mail / E-mail Address :

Nomor Ponsel / Cellphone Number :

B. POLIS LAIN YANG DIMILIKI TERTANGGUNG / OTHER POLICY THAT INSURED HAD

Nama Perusahaan Asuransi / Name of The Insurance Company :

C. DATA PEMBAYARAN KLAIM / CLAIM PAYMENT DETAIL

Mohon Lampirkan Copy Buku Tabungan Pemegang Polis / Please Enclosed Copy of Policy Holder's
Bank Account



D. PERNYATAAN KUASA / STATEMENT OF AUTHORITY

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas 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, Intitusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Saya/Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT AXA Life 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.

_____, _____
(Nama dan Tanda Tangan Pemegang Polis/Tertanggung)

Wajib melampirkan:

1. Kuitansi Rumah Sakit asli/copy legalisir beserta perinciannya
2. Copy Hasil pemeriksaan penunjang
3. Copy KTP/SIM/Paspor Pemegang Polis dan Tertanggung
4. Copy kartu keluarga & akte lahir jika Tertanggung adalah pasangan/anak dari Pemegang Polis

PT AXA Life Indonesia

AXA Life Care

AXA Tower Lt. GF, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
Tel: +62 21 3005 6800 | Fax: +62 21 3005 7100 | Email: customer@axa-life.co.id | WhatsApp: 0858 3005 6800

Head Office

AXA Tower Lt. 20, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
Website: www.axadirect.co.id



BAG. 2

DIISI OLEH DOKTER YANG MERAWAT/MEMERIKSA / FILLED BY TREATING DOCTOR

A. DIISI OLEH DOKTER YANG MERAWAT/MEMERIKSA / FILLED BY TREATING DOCTOR

Nama Pasien / Patient's Name :

Tanggal Lahir / Date of Birth :

B. INFORMASI MEDIS / MEDICAL DETAILS

Tanggal Perawatan / Date of Hospitalization :

Dari / From : Tgl/Bln/Thn / dd/mm/yy :

Sampai / Till : Tgl/Bln/Thn / dd/mm/yy :

Keluhan/Gejala Yang Dirasakan / Nature of Symptoms :

Tanggal Konsultasi Pertama / Date of First Consultation :

Sejak kapan pasien telah mengalami gejala penyakit sebelum konsultasi pertama? / Since when the patient has got the symptoms before the first consultation ?

Tgl/Bln/Thn / dd/mm/yy :

Atau Sudah Berapa Lama / Or How Long?

Apakah Pasien Pernah Mendapatkan Perawatan Sebelumnya Untuk Keadaan/Penyakit ini? Jika Ya, Pada Tanggal Berapa? / Has The Patient Ever Been Treated For This Symptoms/Illness? If Yes Please Give The Date

Diagnosa / Diagnosis

Tanggal Pertama Kali Terdiagnosa / First Diagnose :

Penyebab Diagnosa / Cause of Diagnose :

Indikasi Rawat Inap / Indication of Hospitalization :

Pemeriksaan Fisik / Physical Examination :

TD / BP :

Nadi / Pulse :

Suhu / Temperature :

RR / GCS

(Saat Masuk RS / When Admitted to Hospital)



Terapi / Therapy :

Merupakan Penyakit Kronis Atau Episode Berulang / Did The Illnes Was Chronic Disease Or Exarcebation Disease? Ya, Diderita Sejak / Yes, First Diagnose

Tidak / No

Hasil Pemeriksaan Penunjang / Result of Supporting Examination

Nama Dan Tanggal Tindakan Pembedahan Yang Dilakukan / Name And Date Of Surgery Performed

Untuk Rawat Inap > 5 Hari / For Hospitalization 5 Days :

A. Mohon Jelaskan Mengapa Pasien Memerlukan Rawat Inap > 5 Hari / Please Explain Why The Patient Need Hospitalization > 5 Days

B. Pada Tanggal Berapa Infus Diaff / Date Of Aff Infusion

C. Pada Tanggal Berapa Terapi Per Oral Seluruhnya / Date Of

D. Tanggal Pasien Diperbolehkan Pulang Oleh Dokter / Date Of Patient Was Permitted To Go Home By Attending Physician :

Riwayat Perawatan/Pengobatan / History Of Treatment :

Nama Dokter/RS / Name Of Doctor(s) Or Hospital(s) :

Diagnosa / Diagnosis :

Tanggal / Perawatan :

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya adalah dokter yang merawat / memeriksa pasien ini, dan saya memberikan keterangan yang sebenar-benarnya sesuai dengan pengetahuan yang saya miliki / Hereby I declare that I'm the patient treating medical doctor and that the particulars given are true and correct to the best of my knowledge.

Nama Dokter / Doctor's Name :

Spesialisasi / Specialization :

Nomor Ponsel/ Cellphone Number :

Tanggal/ Cellphone Number :

Tgl/Bln/Thn / dd/mm/yy

Stempel, Nama & Tanda Tangan Dokter / Stamp, Name & Doctor Signature :

PT AXA Life Indonesia
AXA Life Care

AXA Tower Lt. GF, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
Tel: +62 21 3005 6800 | Fax: +62 21 3005 7100 | Email: customer@axa-life.co.id | WhatsApp: 0858 3005 6800

Head Office

AXA Tower Lt. 20, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
Website: www.axadirect.co.id