



## 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.

<b>Data Pengaju Klaim</b>	
Nama Pemegang Polis : _____	Jenis kelamin : <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Nama Tertanggung : _____	Jenis kelamin : <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> 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 ? Mohon jelaskan keluhan/ gejala tersebut secara terperinci Kapan pertama kali Tertanggung berkonsultasi dengan dokter mengenai keluhan/ gejala tersebut ?	_____ □□ □□ □□□□ tanggal / bulan / tahun _____ □□ □□ □□□□ 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 ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> 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 Life Indonesia

Head Office: AXA CENTRE Ratu Plaza Office Building Lt. 2, Jl. Jenderal Sudirman No. 9 Jakarta 10270 - Indonesia

Telephone : (021) 2750 7377 Facsimile : (021) 7279 3302 Email: customer@axa-life.co.id

www.axa-life.co.id



## FORMULIR KLAIM PENYAKIT KRITIS

### 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 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.

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 Life Indonesia

Head Office: AXA CENTRE Ratu Plaza Office Building Lt. 2, Jl. Jenderal Sudirman No. 9 Jakarta 10270 - Indonesia

**Telephone :** (021) 2750 7377 **Facsimile :** (021) 7279 3302 **Email:** customer@axa-life.co.id

[www.axa-life.co.id](http://www.axa-life.co.id)