

# 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 <i>Checklist of Standard Documents for Submitting Critical Illness Claims</i>	Nomor Polis   Policy Number <i>(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)</i>
<input type="checkbox"/> 1. Formulir Klaim Penyakit Kritis (Bagian I) <i>1. Critical Illness Claim Form (Section I)</i>	1.
<input type="checkbox"/> 2. Formulir Keterangan Dokter (Bagian II) atau resume medis <i>2. Doctor Statement (Section II) or resume medic</i>	2.
<input type="checkbox"/> 3. Fotokopi Hasil Pemeriksaan Penunjang (Laboratorium, Radiologi, EKG, dll) <i>3. Photocopy of the results of supporting examinations (laboratory, radiology, EKG, etc.)</i>	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. <i>4. Photocopy 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)</i>	4.
	5.

Mohon memastikan Polis Anda memiliki Manfaat yang di klaim | Please make sure your policy has benefit claimed

Jenis Manfaat  Penyakit Kritis  Penyakit Terminal  Lain-lain  
*Benefit type Critical Illness Terminal Illness Other*

## BAGIAN I. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS/TERTANGGUNG | SECTION I. POLICY HOLDER/INSURED DATA

Nama Pemegang Polis <i>Policy Holder</i>	<input style="width: 98%;" type="text"/>
No NIK <i>National ID No</i>	<input style="width: 98%;" type="text"/>
Nomor Telepon <i>Telephone Number</i>	<input style="width: 98%;" type="text"/>
Alamat Surat Elektronik <i>E-mail Address</i>	<input style="width: 98%;" type="text"/>

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 update E-mail address and the contact numbers based on the information above.*

Nama Tertanggung <i>Insured Name</i>	<input style="width: 98%;" type="text"/>		
	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) <i>Date of Birth (dd-mm-yyyy)</i>	<input style="width: 20%;" type="text"/> - <input style="width: 20%;" type="text"/> - <input style="width: 60%;" type="text"/>	Jenis Kelamin <i>Sex</i>	<input type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan <i>Male Female</i>

## A. INFORMASI PENYAKIT KRITIS | CRITICAL ILLNESS INFORMATION

Tanggal Pertama Kali Terdiagnosa <i>Date First Diagnosed</i>	<input style="width: 20%;" type="text"/> - <input style="width: 20%;" type="text"/> - <input style="width: 60%;" type="text"/>
Diagnosa <i>Diagnosis</i>	<input style="width: 98%;" type="text"/>
Berhubungan dengan kecelakaan? <i>Related to Accident?</i>	Jika 'Ya' Mohon Jelaskan Kronologis Kecelakaan   If "Yes" Please describe of chronology of accident: <input style="width: 98%; height: 40px;" type="text"/>

## B. RIWAYAT PENYAKIT | MEDICAL HISTORY

Apakah Tertanggung pernah berkunjung ke/dirawat di Rumah Sakit lain sebelumnya? <i>Is the insured have been visited to / Other hospital before being treated?</i>	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <i>Yes No</i>	Jika 'Ya' mohon dijelaskan   If "Yes" Please describe	
Diagnosa <i>Diagnosis</i>	Terdiagnosa sejak? <i>Diagnosed since?</i>	Nama Dokter <i>Doctor Name</i>	Nama Rumah Sakit <i>Hospital Name</i>
<input style="width: 98%;" type="text"/>	<input style="width: 98%;" type="text"/>	<input style="width: 98%;" type="text"/>	<input style="width: 98%;" type="text"/>
<input style="width: 98%;" type="text"/>	<input style="width: 98%;" type="text"/>	<input style="width: 98%;" type="text"/>	<input style="width: 98%;" type="text"/>

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

Apakah Tertanggung memiliki Asuransi di Perusahaan Asuransi Lain?  
Does the Insured have insurance at another insurance company?

 Ya  
Yes

 Tidak  
No

Nama Perusahaan Asuransi  
The company name of the insurance

**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 Holder 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.

**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.

**F. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS/TERTANGGUNG | STATEMENT OF POLICY HOLDER/INSURED**

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

1. Saya/Kami\* memahami bahwa Saya/Kami memiliki kewajiban untuk bertindak dengan itikad terbaik (*utmost good faith*) dalam (i) pengajuan permohonan asuransi, permohonan Pemulihan Polis, permohonan Perubahan Polis, dan/atau permohonan lainnya terkait polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya); dan (ii) pengajuan klaim Manfaat Asuransi ("Permohonan Konsumen"). Oleh karena itu, Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami wajib, dan telah mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan PT AXA Mandiri Financial Services ("AXA Mandiri") dalam menerima atau menolak suatu Permohonan Konsumen dan/atau menetapkan jumlah Premi.

I/We\* understand that I/We have the obligation to act in utmost good faith in (i) applying for insurance, a request for Policy Reinstatement, a request for Policy Amendment, and/or any other application related to the policy (as applicable); and (ii) submitting a claim for Insurance Benefits ("Consumer Application"). Therefore, I/We acknowledge that I/We are obliged and have duly disclosed fully and accurately all material facts, namely data, information, answers, explanation, circumstances, statements, and facts that may influence the PT AXA Mandiri Financial Services ("AXA Mandiri") consideration in accepting or rejecting a Consumer Application and/or determining the amount of Premium.

2. Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya/Kami berikan ("Informasi Konsumen") dalam surat permohonan penutupan asuransi termasuk namun tidak terbatas pada Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ), Surat Permintaan Asuransi Kesehatan (SPAK), Surat Permintaan dan Pernyataan Kesehatan (SPPK), Formulir Pemulihan Polis, Formulir Perubahan Polis, Formulir Klaim Manfaat Asuransi serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh AXA Mandiri ("Dokumen Permohonan") sebagai bagian dari pengajuan Permohonan Konsumen adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya/Kami sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja.

I/We hereby declare and warrant that all data, information, answers, explanations, statements and/or facts provided by Me/Us ("Consumer Information") in the insurance application documents, including but not limited to the Life Insurance Application Form (SPAJ), Health Insurance Application Form (SPAK), Health Request and Statement Form (SPPK), Policy Reinstatement Form, Policy Amendment Form, Insurance Benefit Claim Form, as well as any other forms and documents required by AXA Mandiri ("Application Documents"), as part of the submission of the Consumer Application, are complete, true, accurate, up-to-date, reflect the actual circumstances, and are consistent with one another, and that no Consumer Information has been concealed by Me/Us, whether intentionally or unintentionally.

3. Apabila Informasi Konsumen tersebut dalam butir 2 (dua) ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang Saya/Kami sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Klaim ini, Saya/Kami SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika AXA Mandiri melakukan hal-hal berikut ini:

In the event that the Consumer Information referred to in Clause 2 (two) is found to be incomplete, untrue, inaccurate, not up to date, not in accordance with actual circumstances and/or inconsistent with one another, or if any Consumer Information has been withheld by Me/Us, by signing this Claim Form, I/We AGREE AND CONSENT that AXA Mandiri may take the following actions:

a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;

Reject any claim for Insurance Benefits submitted and decline to pay all or part of the Insurance Benefits;

b. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi Dasar dan/atau Asuransi Tambahan jika ada), dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi Dasar/Asuransi Tambahan jika ada) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya pemeriksaan Kesehatan, Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);

To cancel the Policy (whether in its entirety or limited only to the Basic Insurance and/or any Additional Insurance if any), with a refund of the Premium (or Insurance Charges under the Basic Insurance/Additional Insurance if any) that has been paid, after deduction of medical examination costs, Insurance Benefits already paid, and any expenses incurred at the time of issuance of the Policy (if any);

c. Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi Dasar dan/atau Asuransi Tambahan jika ada), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi jika ada, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya/Kami juga menyetujui bahwa AXA Mandiri hanya akan membayarkan Nilai Tunai dikurangi biaya-biaya lainnya sebagaimana yang diatur di Polis (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaikaitkan Dengan Investasi dan/atau Produk Asuransi yang memiliki Nilai Tunai, jika ada);

To terminate the Policy (whether in its entirety or limited only to the Basic Insurance and/or any Additional Insurance if any), without any obligation to refund the Premium and/or Insurance Charges if any, in the event of fraud, forgery, or intentional misrepresentation in the provision of any Consumer Information contained in the Application Document, or in the event of concealment of any actual Consumer Information in the Application Document. Upon such termination, I/We further agree that the AXA Mandiri shall only pay the Cash Value less any other charges stipulated in the Policy [specifically for Investment-Linked Insurance Products and/or Insurance Products that have Cash Value] (if any);

d. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Asuransi Dasar dan/atau setiap Asuransi Dasar/Asuransi Tambahan jika ada), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan Uang Pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar jika ada; dan/atau

To conduct a reassessment of risk (*re-underwriting*), and to impose additional terms and conditions under the Policy (including Basic Insurance and/or any Basic Insurance/Additional Insurance if any), which may include the addition of excluded risks, adjustment of the Sum Assured, and/or adjustment of the amount of Premium and/or Insurance Charges payable if any; and/or

e. Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi jika ada dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi jika ada yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. AXA Mandiri juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai yang ada dalam Polis Saya/Kami jika ada dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya/Kami wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi.

Collect any shortfall in Premiums and/or Insurance Charges if any in the event that, as a result of the risk reassessment (*re-underwriting*), the amount of Premiums and/or Insurance Charges if any payable is greater than that stated in the Policy. AXA Mandiri shall also be entitled to set off such shortfall against the Cash Value under My/Our Policy if any and/or Insurance Benefits payable. In such case, I/We shall be obliged to pay (if any) the shortfall in Premiums and/or Insurance Charges.

4. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya/Kami dengan ini menegaskan bahwa:  
*In relation to the clause on cancellation or termination of the Policy as mentioned above, I/We hereby affirm that:*
- Penandatanganan Formulir Klaim ini oleh Saya/Kami merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh AXA Mandiri jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 3 (tiga); dan  
*My/We signing of this Claim Form constitutes consent to the cancellation or termination of the Policy by AXA Mandiri should the circumstances referred to in Clause 3 (three); and*
  - Saya/Kami setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.  
*I/We agree to waive the provisions of Article 1266 of the Indonesian Civil Code and/or any other statutory provisions requiring that the termination or cancellation of the Policy must be affected pursuant to a court decision*
5. 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 AXA Mandiri 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/Us and AXA Mandiri to any party through any medium.*
6. Segala risiko yang timbul sehubungan dengan pengajuan pada Formulir Klaim ini sepenuhnya merupakan tanggung jawab Saya/Kami dan Saya/Kami membebaskan AXA Mandiri dari segala tanggung jawab, gugatan, kerugian, dan/atau tuntutan dalam bentuk apapun di kemudian hari dari pihak manapun termasuk Saya/Kami atas pengajuan Formulir Klaim ini, kecuali yang diakibatkan kesalahan dan/atau kelalaian AXA Mandiri.  
*All risks arising from the submission of this Claim Form are entirely My/Our responsibility and I/We release AXA Mandiri from any kind of responsibility, claims, losses, and/or demands in the future from any party including Me/Us upon the submission of this Claim Form, except those caused by AXA Mandiri's error and/or negligence.*
7. Formulir Klaim ini dibuat dan ditandatangani secara tertulis dalam Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris. Apabila terdapat perbedaan penafsiran dalam versi Bahasa Indonesia dan versi Bahasa Inggris ini, maka yang berlaku adalah versi Bahasa Indonesia.  
*This Claim Form is prepared and signed in writing in both Indonesian and English. If there is any difference in interpretation between the Indonesian and English versions, the Indonesian version shall prevail.*

\*Saya/Kami = Pemegang Polis atau Tertanggung

\*I/We = Policyholder/Insured

## G. KUASA PEMEGANG POLIS/TERTANGGUNG | AUTHORIZATION OF POLICY HOLDER/INSURED

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

- Saya/Kami setuju memberikan kuasa kepada AXA Mandiri 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 AXA Mandiri dalam rangka proses klaim dan pelayanan nasabah.  
*I/We agree to authorize AXA Mandiri to request all explanation, 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 AXA Mandiri in the framework of the claim process and customer service.*
- Saya/Kami setuju dan mengizinkan AXA Mandiri untuk menggunakan atau memberikan informasi, keterangan, atau data-data Saya/Kami yang diperoleh dan/atau dimiliki AXA Mandiri 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 AXA Mandiri 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 AXA Mandiri to use or provide information, explanation, or My/Our data obtained and/or owned by AXA Mandiri to third parties (including but not limited to insurance, reinsurance, bank, group, and affiliations of Shareholders, as well as other parties) who cooperate with AXA Mandiri both at home and abroad in the context of, including but not limited to customer service, claim processing, and/or product offerings.*

### 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)

