



mandiri



CID1CLMFHS

(Diisi oleh petugas / officer use only)

Tanggal Dokumen Diterima
Date of Received
DD/MM/YY

Formulir Klaim Nasabah Customer Claim Form

(Diisi oleh Pemegang Polis/Tertanggung (filled by Policy Holder/Insured))

semua bagian dalam formulir ini wajib diisi dengan lengkap sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat
Please complete this form to ensure fast and accurate processing. All fields are compulsory

Setiap koreksi penulisan/pengisian dalam bentuk catatan atas formulir ini wajib ditandatangani oleh Pemegang Polis/Tertanggung.
Any corrections made to this form must be signed by the Policy Holder / Insured.

Informasi tanggal diisi dengan format Hari / Bulan / Tahun

(Date related information should be completed using the format of Days / Months / Year)

Rawat Inap / Inpatient Rawat Jalan / Outpatient Perawatan Gigi / Dental Care Kehamilan / Pregnancy
isi dengan tanda (√) pada kotak sesuai pilihan / fill in the box with (√)

Dokumen yang diperlukan Required Documents	Dokumen diserahkan (Type of Document Submitted)		Asli/Original	
	Ya/Yes	Tidak/No	Ya/Yes	Tidak/No
Mohon isi kotak yang tersedia dengan tanda (√) sesuai dengan dokumen yang diserahkan / Please mark the box with (√) as indicated by document submitted				
A. Dokumen ASLI (Original Documents)				
▪ Formulir Klaim (Original Claim Form)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Surat Keterangan Dokter (Original Doctor Statement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Kuitansi / Bukti Pembayaran Asli (Receipt / Original Invoice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Surat Pernyataan apabila telah mendapat pertanggung jawaban dari Asuransi Lain, jika ada (Other Insurance Company Claim Settlement Letter, if any)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Dokumen ASLI / Salinan Legalisir / Salinan (Original Documents / Legalized / Copy)				
▪ Dokumen Pendukung Perincian (Supporting Documents)				
- Biaya perawatan termasuk biaya kamar rawat inap (Detail hospitalization charges incl. room & board)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hasil pemeriksaan laboratorium & diagnostik (Detail laboratory & diagnostic result)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Obat-obatan & alat kesehatan (Detail drugs & medical equipments)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. ADMINISTRASI (dilengkapi oleh Pemegang Polis) / ADMINISTRATIVE (to be completed by Policy Holder)

Nomor Polis / Policy Number :

Nama Pemegang Polis / Name of Policy Holder :

2. RINCIAN TERTANGGUNG / INSURED DETAILS

Nama Tertanggung / Insured Name :

Tanggal lahir / Date of birth :

Nomor Identitas / Identity Number :

Alamat Rumah / Home Address :

Alamat Surat Elektronik / E-mail :

Nomor Telepon / Telephone Number :

6. INFORMASI LAIN TERTANGGUNG / OTHER INSURED DETAILS

Apakah tagihan Rumah Sakit ini diklaim ke Asuransi lain? / : Ya / Yes Tidak / No
 Is the claim hospitalization covered under another insurance policy?

Jika 'ya' apakah nama Perusahaan Asuransinya / :
 If 'Yes', Describe the Insurance company name

Apa nama produk Asuransinya / Name of insurance product :

Apa tipe produk asuransinya / Type of insurance product :

a. Cash Plan (klaim biaya harian kamar rawat inap) b. Indemnity (semua tagihan Rumah Sakit diklaim)

7. PERINCIAN PEMBAYARAN / PAYMENT DETAILS

Total Tagihan Klaim / Total Bill is Claimed	<input type="text"/>
Nama Pemilik Rekening / Beneficiary Name	<input type="text"/>
Nama Bank / Bank Name	<input type="text"/>
Alamat Bank / Bank Address	<input type="text"/>
No. Rekening Bank / Bank Account Number	<input type="text"/>
Kode SWIFT Bank / Bank SWIFT code	<input type="text"/>
apabila pembayaran dilakukan ke rekening Bank luar negeri dan mata uang selain USD / if transferred to a foreign Bank and currencies other than USD)	
Pembayaran akan dilakukan sesuai dengan mata uang yang tertulis di Polis Anda / Payment will be made in the currency defined in your policy	

8. INFORMASI FINANCIAL ADVISOR (FA) / FINANCIAL ADVISOR INFORMATION

Nama FA / FA Name :

Kode FA / FA Code : / /

Nomor Telepon FA / FA Telephone Number :

Alamat e-mail FA / FA e-mail address :

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 Customer Care Centre (CCC): 1500803 maupun via *e-mail* ke customer@axa-mandiri.co.id, atau mengunjungi layanan Customer Care Centre (CCC) AXA Tower Lt. GF, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18 Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia.

9. PERNYATAAN DAN KUASA PASIEN/PEMEGANG POLIS / PATIENT'S/POLICYHOLDER'S DECLARATION AND POWER OF ATTORNEY

Saya menyatakan bahwa informasi yang saya berikan baik berupa data pribadi saya atau data lainnya adalah benar dan bersama ini saya memberikan persetujuan kepada PT AXA Mandiri Financial Services untuk :

I confirm that the information I have provided herein is my personal data or any other data are true and hereby I give my consent to AXA MANDIRI to :

a. Mengungkapkan data pribadi saya (termasuk data terbaru) kepada pihak ketiga termasuk penyedia jasa untuk mengizinkan PT AXA Mandiri Financial Services dalam memberikan saya layanan terkait atas produk yang saya beli dan untuk tujuan komersial lainnya.

Disclose my personal data (including my updated data) to other party including service provider in order to enable AXA Mandiri to provide me with relevant services regarding the product I bought and/or for any commercial purposes;

b. Menggunakan data pribadi saya hanya untuk tujuan pemasaran langsung, penawaran produk dan aktivitas promosi lainnya. Oleh karena itu, saya mengizinkan PT AXA Mandiri Financial Services untuk menghubungi saya dalam rangka memberikan informasi mengenai produk dan layanan melalui sarana telekomunikasi pribadi termasuk namun tidak terbatas pada e-mail, telepon, SMS yang telah saya berikan ini.

Use my personal data solely for direct marketing purposes, cross & up selling and other promotional activities. Therefore, I allow AXA Mandiri to contact me in order to share such information about products and services through private communication channel including but not limited to e-mail, phone, SMS that I already provided herein.

[Penting : Mohon beri tanda (√) pada kotak di bawah ini apabila Anda setuju atau tidak setuju dengan penggunaan data pribadi Anda untuk tujuan di atas]

[Important: Please tick the below box whether you are agree or disagree to the use of your personal data for the above purposes]

Saya setuju dengan penggunaan data pribadi Saya untuk tujuan di atas.

I agree with the use of my personal data for the mentioned above purposes.

Saya tidak setuju dengan penggunaan data pribadi Saya untuk tujuan di atas.

I do not agree with the use of my personal data for the mentioned above purposes.

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

1. Saya telah membaca, mengerti, menjawab dan mengisi pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan sebenar-benarnya, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya.

I have read, understood and completed all the questions truthfully and honestly, and in accordance with actual circumstances.

2. Seluruh informasi di dalam formulir klaim ini telah diisi dengan sebenarnya dan Saya menyetujui Pernyataan dan Kuasa ini dapat digunakan sebaik-baiknya.

All information in this claim form was written truthfully and I hereby agree that this Declaration and Power of Attorney to be used promptly.

3. Saya menyatakan dan menyetujui bahwa saya memiliki kuasa dan persetujuan dari orang yang bersangkutan untuk membuat pernyataan dan persetujuan seperti yang disebutkan di atas.

I acknowledge and agree that I have the authority and consent of the person concerned to make a statement and approval as mentioned above.

4. Salinan dari Pernyataan dan Kuasa ini sama sah dan berlakunya sesuai dengan dokumen aslinya.

Copy of the Patient's Declaration and power of attorney are valid and can be used as the original document.

5. 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 Mandiri Financial Services atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan / kesehatan Tertanggung.

I give the power of attorney that will not expire for the reasons listed in article 1813 Civil code to any doctor, clinics, hospitals, health centers, laboratories, medical institutions anywhere, insurance companies, legal entities, agencies, or individuals who have a record / information or know the condition / health of the insured, to inform the PT AXA Mandiri Financial Services or those authorized by him, all records/ information about themselves and the condition / health of the insured.

Tanda Tangan Pemegang Polis/Tertanggung (atau Wali untuk anak di bawah usia 18 tahun)

Signature of Policy Holder / Insured (or legal guardian if under 18 years old)

Tanggal / Date

DD/MM/YY

Nama / Name :