



## Formulir Admisi Rumah Sakit/Pra-Otorisasi Hospital Admission/Pre-authorisation Form

Formulir klaim ini tidak berlaku sebagai pengakuan tanggung jawab.  
*This claim form is not an admission of liability.*

Semua bagian dalam formulir ini wajib diisi dengan lengkap sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat. Terima kasih atas kerjasamanya.  
*Please complete this form in full in order to assure a fast and accurate processing. All fields are compulsory. Thanks again for your cooperation.*

### A. ADMINISTRASI (Bagian A dilengkapi oleh Pemegang Polis) / ADMINISTRATIVE (Section A to be completed by Policyholder)

Nama pemegang polis / Policyholder:	Polis no / Policy no:
-------------------------------------	-----------------------

### RINCIAN PASIEN / PATIENT'S DETAILS

Nama Pasien / Patient's Name:		Tanggal lahir / Date of birth:	
No. Identitas/Paspor / ID/Passport No:	Jenis Kelamin / Gender: L / P / M / F	Plan / Plan:	
Alamat email / Email address:		No. Telp. / Contact number:	
Adakah riwayat konsultasi/rawat jalan/rawat inap dalam 2 tahun terakhir ini untuk kondisi tersebut, di rumah sakit ini atau fasilitas lainnya? <i>Any previous consultation/treatment/hospitalization in the last 2 years for this condition, in this hospital or any other facilities?</i> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No <input type="checkbox"/>			
Jika YA mohon berikan penjelasan dibawah ini / If YES, please provide details below:			
Tanggal / Date	Penyakit/Kelainan (rincian pengobatan) / Disease/Disorder (details of treatment)	Dokter/Rumah Sakit / Doctor/Hospital	Rincian Kontak / Contact details

### B. BAGIAN MEDIS (Bagian B dilengkapi oleh dokter) / MEDICAL SECTION (Section B to be completed by medical practitioner)

Tanggal Pengobatan / Date of treatment:	Nama Rumah Sakit / Admitting Hospital:
Gejala yang muncul / Symptoms presented	Tanggal ketika pasien pertama kali menyadari akan adanya tanda atau gejala penyakit ini: <i>Date the patient first became aware of any signs or symptoms for this condition:</i> dd / mm / yyyy
Pemeriksaan Fisik / Physical Findings:	Tanda-tanda Vital / Vital Signs: Nadi / Pulse: Tekanan Darah / BP: Suhu / Temp: Nafas / Resp:
Diagnosa/kondisi sementara / Provisional diagnosis/conditions:	Diagnosa akhir / Final diagnosis:
Pemeriksaan penunjang (uraikan jenis pemeriksaan penunjang yang diperlukan untuk menegaskan diagnosa) <i>Investigation (describe necessary investigations requested to define the diagnosis)</i>	
Jika klaim berhubungan dengan kehamilan, apakah kehamilan bersangkutan dengan pembuahan alami / <i>If claim is related to pregnancy, is pregnancy related to natural conception?</i> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No <input type="checkbox"/>	

### C. PENGOBATAN DAN PERKIRAAN BIAYA (Bagian C dilengkapi oleh dokter) / TREATMENT AND ESTIMATED COST (Section C to be completed by medical practitioner)

Rencana Pengobatan / Treatment plan:	
Perkiraan biaya rumah sakit / Estimated hospital costs: • Biaya kamar perawatan per hari / Room per night: • Total perkiraan biaya kamar & rumah sakit / Total room & all hospital costs estimate:	Perkiraan biaya dokter bedah dan anestetis / Estimated fees for surgeon and anaesthetist: a. Perkiraan kunjungan per hari / Daily visit estimates: b. Perkiraan operasi / Surgery estimate • Perkiraan biaya dokter (a&b) / Treating doctor's total estimate cost (a+b): • Perkiraan biaya anestetis / Anaesthetist's estimate cost:
Perkiraan lama perawatan / Estimated Length of treatment:	

### D. RENCANA PENGOBATAN SELANJUTNYA (Bagian D dilengkapi oleh dokter) / FURTHER TREATMENT PLAN (Section D to be completed by medical practitioner)

Mohon berikan rincian tentang rencana pengobatan selanjutnya / Please give details of any further treatment plan:
---

**E. RINCIAN PENANGGUNG YANG LAIN (Bagian E dilengkapi oleh Pemegang Polis) / OTHER INSURER'S DETAILS (Section E to be completed by Policyholder)**

Apakah pengobatan ini berhubungan dengan kecelakaan / <i>Is this treatment related to accident?</i> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No <input type="checkbox"/> (Kalau Anda menjawab 'ya', mohon berikan kronologis kecelakaan tersebut / <i>If you answered 'yes', please give details of the accident.</i> )	Apakah pengobatan ini diasuransikan di perusahaan asuransi lain / <i>Is this treatment covered under other insurance company policy?</i> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No <input type="checkbox"/>
Jika Anda menjawab 'ya' pada salah satu dari dua pertanyaan ini, harap berikan nama perusahaan asuransi yang terlibat. (Mohon ajukan salinan surat penyelesaian klaim/voucher pembayaran perusahaan asuransi lain) <i>If you have answered 'yes' to either of these questions, please give the name of the insurance company involved.</i> (Kindly submit a copy of the other insurance company's claim settlement letter/payment voucher)	

**F. KELENGKAPAN DOKUMEN (Bagian F dilengkapi oleh Pemegang Polis) / MUST BE SUBMITTED WITH DOCUMENTS (Section F to be completed by Policyholder)**

Surat Rujukan Dokter / *Doctor's Referral Letter*  
 Resume Medis / *Medical Resume*  
 Salinan Test Diagnostik (Hasil Laboratorium, X-Ray, dll.) / *Copy of the Diagnostic Test (Laboratory Result, X-Ray, etc.)*  
 Dokumen Pendukung Lainnya / *Other Supporting Documents*

**PERNYATAAN DAN KUASA PEMEGANG POLIS / POLICYHOLDER'S DECLARATION AND POWER OF ATTORNEY**

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

- Saya telah membaca, mengerti, menjawab dan mengisi pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan sebenar-benarnya, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya tanpa tekanan dan paksaan dari pihak manapun. Saya mengerti bahwa pengajuan dan pembayaran klaim akan diproses oleh Penanggung sesuai dengan ketentuan Penanggung yang berlaku.  
*I have read, understood, answered and completed the questions and information mentioned above truthfully, completely and in accordance with the actual situation without pressure and coercion from any party. I understand that the submission and payment of claims will be processed by PT AXA Mandiri Financial Services ("the Insurer") in accordance with the provisions set forth on this form.*
- Saya mengakui seluruh informasi yang disampaikan pada formulir ini. Jika ternyata keterangan yang diberikan itu tidak benar dan/atau tidak lengkap, maka PT AXA Mandiri Financial Services (Penanggung) berhak untuk meminta Saya untuk melengkapi ataupun menolak pengajuan klaim.  
*I acknowledge all the information presented on this form. If it turns out that the information provided is incorrect and/or incomplete, PT AXA Mandiri Financial Services ("the Insurer") has the right to ask me/us to complete the same or refuse to submit a claim.*
- Saya setuju memberikan kuasa kepada Penanggung untuk meminta semua keterangan, informasi, dokumen, dan ringkasan/catatan medis mengenai tertanggung (Informasi) kepada setiap tenaga medis, dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, sarana pelayanan kesehatan, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, badan hukum, instansi, atau perorangan, organisasi atau pihak lain yang mempunyai informasi tertanggung (Pemegang Informasi) dan Saya dengan ini memberikan ijin dan kuasa kepada Pemegang Informasi untuk memberikan Informasi kepada Penanggung dalam rangka proses klaim.  
*I agree to authorize the Insurer to request all description, information, documents, and medical records ("Information") about me from Medical Personnel, Medical Doctors, Hospitals, Clinics, Public Health Centers, Laboratories, Health Service Facilities, Insurers, Reinsurers, Legal Entities, Agencies, or Individuals, Organizations or other parties ("The Information Holders") who have information about Me, and I hereby provide permission and authorization to the Information Holder to provide information to the Insurer in the framework of claims processing.*
- Saya setuju dan mengizinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi, keterangan, atau data-data Saya/tertanggung yang diperoleh dan/atau dimiliki Penanggung kepada pihak ketiga (termasuk tapi tidak terbatas pada perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, bank, group, dan afiliasi dari Pemegang Saham, serta pihak lain) yang bekerja sama dengan Penanggung baik di dalam atau luar negeri dalam rangka proses klaim.  
*I agree and allow the Insurer to use or provide My description, information, or data obtained and/or owned by the Insurer to any third parties (including but not limited to the Insurers, Reinsurers, Banks, Groups, and Affiliates of the Shareholders, as well as any other parties) in cooperation with the Insurer, both domestic and overseas in the framework of claims processing.*
- Saya senantiasa menjamin untuk merahasiakan dan tidak akan menggandakan, mengungkapkan maupun menyebarluaskan setiap dan segala informasi pribadi Saya/tertanggung yang berhubungan dengan termasuk hubungan hukum yang didasarkan atas pengajuan pada dokumen/formulir ini antara Saya/tertanggung dan Penanggung kepada pihak manapun melalui media apapun.  
*I always guarantee to keep confidential and will not duplicate, disclose or disseminate any and all of My personal information, including a legal relationship on the basis of the submission of this document/form between Me and the Insurer to any party through any medium.*
- Saya setuju bahwa salinan dari Pernyataan dan Kuasa ini sama sah dan berlakunya sesuai dengan dokumen aslinya.  
*I agree that copies of this Declaration and Power of Attorney have the same force and effect as the original documents.*
- Saya membebaskan Penanggung termasuk direksi, komisaris, pemegang saham, afiliasi, kantor penjualan, agen, kuasa, karyawan, dan semua pihak yang memiliki atau dianggap memiliki hubungan dengan Penanggung dari segala tuntutan, gugatan, ataupun pengaduan lainnya dikemudian hari baik dari pihak Pemegang Polis termasuk keluarganya, tertanggung termasuk keluarganya maupun dari pihak yang berkepentingan atas pengajuan klaim ini.  
*I indemnify and hold the Insurer including members of the Board of Directors, members of the Board of Commissioners, Shareholders, Affiliates, Sales Offices, agents, proxies, employees, and all parties who have or are considered to have a relationship with the Insurer harmless against all claims, lawsuits, or other complaints at a later date either from Policyholders including their family members and from the parties interested in filing this claim.*
- Pernyataan dan Kuasa yang telah diberikan akan tetap berlaku selama Saya/tertanggung masih hidup maupun sesudah saya/tertanggung meninggal dunia dan Saya/tertanggung setuju untuk mengesampingkan ketentuan pada Pasal 1813, 1814, dan 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.  
*The Declaration and Power of Attorney that has been granted shall remain valid as long as I still alive and after I have passed away and I agree to waive the provisions of Articles 1813, 1814, and 1816 of the Indonesian Civil Code.*

Tanda tangan Pemegang Polis /  
*Policyholder's Signature:*

Tanggal / *Date:*

( \_\_\_\_\_ )

**PERNYATAAN DOKTER / MEDICAL PRACTITIONER DECLARATION**

Dengan ini, Saya menyatakan bahwa Saya adalah dokter untuk pasien/tertanggung yang dimaksud dan bahwa keterangan yang diberikan adalah lengkap dan benar menurut apa yang paling saya ketahui.  
*I declare that I am the patient's medical practitioner and that the particulars given are true and correct to the best of my knowledge.*

Nama / *Name:*

Tanggal / *Date:*

Tanda tangan / *Signature*

( \_\_\_\_\_ )

Stempel Rumah Sakit / Klinik / *Hospital / Clinic's Stamp*

Nomor Telepon / *Contact no:*