

**Reimbursement Health Insurance
 Claim Form**
Formulir Klaim Penggantian Asuransi

Important /Penting :

1. Please fill out the form completely & correctly, and be stamped by the hospital/clinic & the signature of the treating doctor. / Mohon untuk mengisi formulir dengan lengkap dan benar, diberi cap rumah sakit/klinik serta tanda tangan dokter yang merawat.
2. The claim can only be analyzed & processed if all supporting documents have been filled in, completed & attached in line with the policy provisions/ Klaim hanya dapat dianalisa & diproses jika seluruh dokumen pendukung diisi, dilengkap dan dilampirkan sesuai dengan ketentuan polis

Type of Claim / Jenis Pengajuan klaim :

- Inpatient/Rawat Inap Outpatient/RawatJalan
 Dental/Rawat Gigi Cash Benefit/Santunan Tunai

A. ADMINISTRATIVE/ADMINISTRASI		
Policy/membership no. / No. polis/keanggotaan:		Policyholder/company name / Nama pemegang polis/perusahaan
Patient date of birth / Tanggal lahir pasien: dd/mm/yyyy / tgl/bln/thn	Gender / Jenis kelamin:	Patient name / Nama pasien :
KTP/passport no / No. KTP/paspor:	Plan / Plan:	Patient phone / No. telepon pasien:
E-mail address / Alamat email:		
Is it covered under another Insurance Policy? If yes, please state the Insurance Company & Policy Number. (Kindly submit a copy of the other insurance company's claim settlement letter/payment voucher) . Apakah perawatan ditanggung oleh polis asuransi lainnya? Jika iya, harap berikan nama perusahaan asuransi dan nomor polis. Serahkan salinan bukti pelunasan/tanda terima pembayaran klaim perusahaan asuransi lainnya tersebut) Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tid- <input type="checkbox"/>		
For reimbursement only / Hanya untuk reimbursement Date of treatment : dd/mm/yyyy		For hospitalization only / Hanya untuk perawatan di rumah sakit Date of admission / Tanggal masuk pasien: Date of discharge/ Tanggal keluar pasien:
Is the treatment accident related? Apakah perawatan terkait dengan kecelakaan? If you have answered 'yes', please give details of the accident) Apabila Anda menjawab 'ya', berikan data tentang kecelakaan.). Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tid- <input type="checkbox"/>		

(HE 007a 11/21)

IF YOU ARE CLAIMING FOR TREATMENT RECEIVED OUTSIDE YOUR AREA OF COVER, PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS / JIKA ANDA MENGAJUKAN KLAIM UNTUK PERAWATAN YANG DITERIMA DILUAR WILAYAH PERTANGGUNGAN ANDA, MOHON JAWAB PERTANYAAN BERIKUT:

a. Country where the treatment took place / Negara dimana perawatan dilakukan:

b. The reason for the patient being abroad / Alasan pasien keluar negeri:

c. Date of departure and return to own area of cover / tanggal keberangkatan dan kembali ke wilayah pertanggungungan Anda:

From / Dari: dd / mm / yyyy tgl/bln/thn
yyyy tgl/bln/thn

To / sampai: dd / mm /

Amount claimed / Jumlah yang diklaim:

Please ensure that the amount claimed here is supported by original invoices and prescription.

Mohon pastikan bahwa jumlah yang diklaim sesuai dengan kuitansi asli dan resep .

Telegraphic bank transfer: (Bank details will be required if previously not declared in application form)

Transfer bank telegrafis (rincian data akan diperlukan bila sebelumnya tidak disebutkan di formulir permohonan)

Bank account name / Nama pemilik rekening:

Bank account no / No. rekening bank:

Bank SWIFT code / Kode SWIFT bank:

Name of bank / Nama bank:

Bank address / Alamat bank:

Payment will be made in the currency defined in your plan unless we agreed otherwise in writing.
Pembayaran akan dilakukan dalam mata uang sesuai plan Anda, kecuali kami menyetujui lain secara tertulis.

In which currency was the treatment originally billed?
Dalam mata uang apa tagihan asli dari perawatan?

B. PATIENT'S DECLARATION PERNYATAAN PASIEN	MEDICAL PRACTITIONER DECLARATION PERNYATAAN DOKTER
<p>I hereby authorize any physician, hospital, clinic, insurance company or any organization, institutions, person to give full particulars about my health including my/ward's whole medical history and billing information in respect of this hospitalization/surgery to PT Mandiri AXA General Insurance. I further consent to the redisclosure of all such medical information & records to insurer(s), solicitors, my employer, agents/brokers & other third parties in connection with my insurance claims. A duplicate of this authorization shall be as effective and valid as the original. I hereby declare that any information provided in this form is true and correct, and I have the authority to sign this form as a patient which covered by PT Mandiri AXA General Insurance.</p> <p><i>Dengan ini saya memberikan kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi atau setiap organisasi, lembaga atau orang untuk memberikan keterangan selengkapnya tentang kesehatan saya termasuk seluruh riwayat medis dan informasi tagihan saya terkait dengan perawatan di rumah sakit/operasi ini kepada PT Mandiri AXA General Insurance. Selanjutnya saya menyetujui semua informasi dan catatan medis tersebut untuk diungkapkan kembali kepada para penanggung, penanggung kembali, penasihat hukum, pemberi kerja saya, para agen/pialang, dan para pihak ketiga lainnya terkait dengan klaim asuransi saya. Salinan otorisasi ini berlaku dan sah sesuai dengan aslinya. Saya dengan ini menyatakan bahwa seluruh informasi yang saya berikan dalam formulir ini adalah benar dan sesuai, dan Saya memiliki wewenang untuk menandatangani formulir ini sebagai pasien yang ditanggung oleh PT Mandiri AXA General Insurance</i></p> <p>Tanda tangan _____ Tanggal _____ Signature: _____ Date: _____</p> <p>Name _____ Name _____</p>	<p>I declare that I am the patient's medical practitioner, and that the particulars given are to the best of my knowledge true and correct.</p> <p><i>Saya menyatakan bahwa saya adalah dokter dari pasien ini, dan bahwa keterangan-keterangan yang diberikan sepanjang pengetahuan saya adalah benar dan tepat.</i></p> <p>Name: _____ Stamp: _____ Signature: _____ Date: _____ Nama: _____ Cap: _____ Tanda tangan: _____ Tanggal: _____</p>

C. MEDICAL SECTION (filled by treating doctor)/ BAGIAN MEDIS (dilengkapi oleh dokter yang merawat)

Date of the patient first became aware of any signs or symptoms for this conditions/Tanggal pada saat pasien pertama kali menyadari adanya tanda atau gejala apapun dari kondisi ini :

Primary symptoms :
Keluhan Utama :

Other symptoms / keluhan tambahan :

Medical conditions/diagnosis / kondisi/diagnosa medis :

The Etiology of diagnosis / Etiologi diagnosa :

Investigation (describe necessary investigation requested to define the diagnose)

Penyelidikan (uraikan penyelidikan-penyelidikan yang diperlukan yang diminta untuk menjelaskan diagnosa ini)

Physical & other examinations / pemeriksaan fisik & penunjang

The above illness/condition caused by or related to

Penyakit / kondisi diatas disebabkan atau berhubungan dengan

Cosmetics/kosmetik Infertility/kesuburan Congenital/kongenital Psychological/Psychomatis / Psikis/psikomatis

Mental Disorders/kelainan mental Sexually transmitted disease/penyakit hubungan sexual Dental & complications/gigi & komplikasinya Hormonal imbalance/gangguan hormonal Others/lainnya

If claim is related to pregnancy, is pregnancy related to natural conception?

Apabila klaim terkait dengan kehamilan, apakah kehamilan terkait dengan pembuahan alami?

Yes / Ya No / Tid-

D. TREATMENT ADVICE/ SARAN PERAWATAN

<i>Drugs/Obat-obatan</i>	<i>Dose/Dosis</i>	<i>Frequency/Frekuensi</i>	<i>Duration/Lamanya</i>

Procedure (please give details of medical procedures if any) / *Prosedur (berikan rincian tentang prosedur-prosedur medis apabila ada)*

E. FURTHER TREATMENT PLANNED/ RENCANA PERAWATAN SELANJUTNYA

Please give details of any further planned treatment / *Berikan rincian tentang rencana perawatan selanjutnya*

F. REGARDING THE PATIENT'S MEDICAL HISTORY/BERHUBUNGAN DENGAN RIWAYAT MEDIS PASIEN

<i>Date/tanggal</i>	<i>Name of Hospital/ nama rumah sakit</i>	<i>Name of Doctor/ nama dokter</i>	<i>Diagnosis/diagnosa</i>

G. MEDICAL PROVIDERS DETAILS / RINCIAN RUMAH SAKIT

<i>Name of medical provider / Nama rumah sakit:</i>	<i>Telephone no./ No. telepon:</i>
<i>Address of medical provider / Alamat rumah sakit:</i>	<i>Fax no./ No. fax:</i>

H. TO BE COMPLETED BY DENTIST / DILENGKAPI OLEH DOKTER GIGI

Duration of illness/ *Lamanya sakit:*
 Date of consult/ *Tanggal konsultasi:*
 Main complaint & symptoms/ *Keluhan yang penting dan gejala-gejala:*

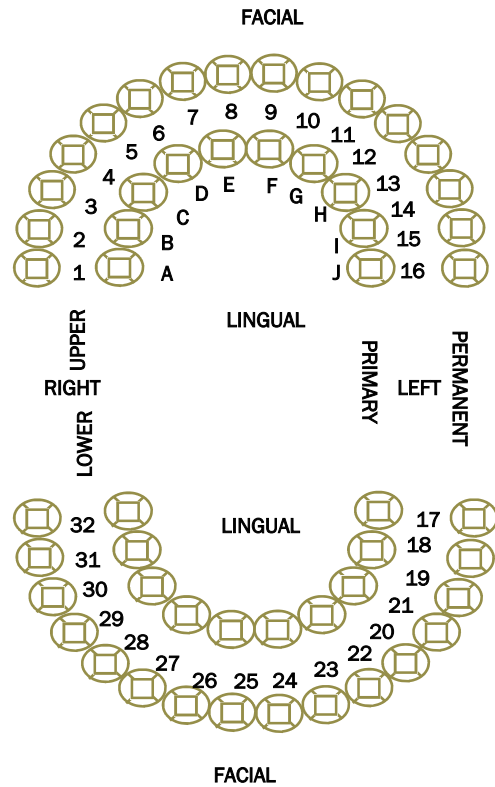
Diagnosis/ *Diagnosa:*

Other conditions/ *Kondisi-kondisi lain:*

Please tick (✓) where appropriate

Berikan tanda centang pada (✓) apabila sesuai:

- Routine dentistry/ *Perawatan gigi rutin*
- Orthodontist/esthetics/ *Pemasangan kawat gigi/estetika*
- Check-up/ *Pemeriksaan*
- Work related accident/ *Kecelakaan yang terkait dengan pekerjaan*
- Congenital/developmental/ *Bersifat bawaan/ seiring perkembangan*
- Road traffic accident related/ *Terkait dengan kecelakaan lalu lintas*
- Sport related/ *Terkait dengan olah raga*



Specify the recommended investigations, and/or procedures using the tooth number as shown on the teeth map above

Jelaskan rekomendasi penyelidikan-penyelidikan dan/atau prosedur-prosedur secara spesifik dengan

Service code <i>Kode layanan</i>	Service description <i>Uraian layanan</i>	Tooth no./ letter <i>No./Huruf gigi</i>	Service cost/ <i>Biaya layanan</i>

I. TREATMENT ADVISED/FURTHER TREATMENT PLANNED

SARAN PERAWATAN/RENCANA PERAWATAN SELANJUTNYA

Please give details of any drugs prescribed or any further planned treatment

Berikan rincian tentang obat-obatan yang diberikan dalam resep atau rencana perawatan selanjutnya

No	Required Documents (Dokumen yang diperlukan)	IP	OP	DT	Cash Benefit
1	Completed Claim Form filled by the client & treating Doctor /formulir klaim lengkap yang diisi oleh nasabah & dokter yang merawat	√	√	√	√
2	Completed Medical Resume filled by treating doctor, signed & stamped by Hospital /Resume medis lengkap yang diisi lengkap oleh dokter yang merawat, ditandatangani & dicap Rumah Sakit	√	√	√	√
3	Original Official Receipt & Detail break down invoice, copy of prescriptions / Kuitansi asli & detail biaya perawatan, fotokopi resep obat Note :	√	√	√	√
4	Copy of Laboratory examination result & Radiology(other diagnostic examination /fotokopi hasil pemeriksaan lab, rontgen(pemeriksaan diagnostic)	√	√	√	√
5	Copy if ID Card /fotokopi identitas	√	√	√	√
6	Copy of driver license & original investigation report from local police/fotokopi Surat Ijin Mengemudi & Laporan hasil investigasi dari Kepolisian (jika terjadi	√	√	-	√
7	Copy of result visum repertum & original investigation report from local police (if dies due to accident)/ fotokopi hasil visum repertum & laporan asli dari kepolisian (jika meninggal karena kecelakaan)	√	-	-	-
8	Original authorization letter for claim payment (if payee name is different from the insured policy/policy holder)/surat otorisasi asli untuk pembayaran klaim (jika penerima manfaat berbeda dengan peserta/pemegang polis)	√	√	√	√
9	Original statement letter with detail of claim payment from another insurer/ BPJS (only for Coordination of Benefit)/surat pernyataan asli dengan detail pembayaran klaim dari Asuransi lain/BPJS (hanya untuk koordinasi manfaat)	√	-	-	-
10	Original receipt of the excess of the treatment (only if coordination benefit & for claim amount IDR 1 mio & above must be stamp IDR 10,000) /kuitansi asli atas kelebihan pembayaran perawatan (jika hanya koordinasi manfaat & untuk klaim diatas 1 juta rupiah dan diatasnya disertakan materai 10,000)	√	-	-	-
11	Original Power of Attorney to request medical data to the Hospital / surat kuasa asli permintaan data medis ke Rumah Sakit	√	√	√	√

Note :

For claim amount up to IDR 1 mio can be submitted through WA Claim at 0815 8670 7637 or MyAXA Health Portal

Untuk klaim dengan nominal sampai dengan 1 juta rupiah dapat diajukan melalui WA klaim di 0815 8670 7637 atau MyAXA Health Portal

For AXA Mandiri use only / Hanya untuk keperluan AXA Mandiri:

If you have any questions regarding this form or any other aspects of the cover, please contact our customer care on 1500733 or email at customer.general@axa-mandiri.co.id quoting your policy/membership numbers.

Apabila Anda memiliki pertanyaan terkait dengan formulir ini atau setiap aspek pertanggungan lainnya, hubungi customer care kami di nomor **1500733** atau email di customer.general@axa-mandiri.co.id dengan menyebutkan nomor polis/keanggotaan Anda.

Claims must be submitted along with supporting documents within 90 days from the date of service. Send this claim form together with supporting material to PT Mandiri AXA General Insurance, Health Service Team, AXA Tower Lt. GF, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta Selatan 12940

Klaim harus diserahkan beserta dokumen-dokumen pendukung dalam jangka waktu 90 hari sejak tanggal layanan. Kirimkan formulir klaim ini beserta bahan pendukung kepada PT Mandiri AXA General Insurance, Health Service Team, AXA Tower Lt. GF, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta Selatan 12940