

FORMULIR KLAIM KESEHATAN | HEALTH 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 Policy Holder
- Mohon untuk tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong/atau tidak terisi
Please do not sign blank or unfilled form
- 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 Kesehatan <i>Checklist of Standard Documents for Submitting Health Claims</i>	No 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 (Bagian I) <i>1. Claim Form (Section I)</i>	1.												
<input type="checkbox"/> 2. Pernyataan Dokter (Bagian II) atau resume medis <i>2. Doctor Statement (Section II) or resume medis</i>	2.												
<input type="checkbox"/> 3. Kwitansi/Bukti Pembayaran Asli/jika di cover BPJS harap mengisi form bagian 2.D <i>3. Receipt/Original Invoice /if cover by BPJS please fill part 2.D</i>	3.												
<input type="checkbox"/> 4. Perincian biaya perawatan termasuk biaya kamar rawat inap <i>4. Detail hospitalization charges include room and board</i>	4.												
<input type="checkbox"/> 5. Fotokopi Hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, Radiologi, EKG, dll) <i>5. Photocopy of the results of supporting examinations (laboratory, radiology, EKG, etc.)</i>	5.												
<input type="checkbox"/> 6. Fotokopi identitas Pemegang Polis (WNI: KTP, WNA: passport/KITAS) <i>(jika pengajuan di isi dan ditandatangani oleh penerima manfaat Lampirkan tambahan fotokopi identitas penerima manfaat.</i> <i>6. 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>	6.												

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

Jenis Perawatan Rawat Inap Rawat Jalan Lain-lain
Treatment type Inpatient Outpatient Others

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

Nama Pemegang Polis <i>Policy Holder</i>	<input type="text"/>
No NIK <i>ID Card No</i>	<input type="text"/>
Nomor Telepon <i>Telephone Number</i>	<input type="text"/>
Alamat Surat Elektronik <i>E-mail Address</i>	<input 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 update E-mail address and the contact numbers based on the information above.

Nama Tertanggung <i>Insured Name</i>	<input type="text"/>
Pastikan nama Tertanggung sesuai yang terdaftar di dalam Polis atau Sertifikat Polis Make sure name of Insured is registered in Policy or Certificate	
Tanggal Lahir (dd-mm-yyyy) <i>Date of Birth (dd-mm-yyyy)</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Jenis Kelamin Sex <input type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan <i>Male Female</i>

A. INFORMASI PERAWATAN | TREATMENT INFORMATION

Tanggal perawatan <i>Treatment date</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> s.d <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <small>(Tanggal keluar tidak perlu diisi jika rawat jalan / discharge date not to be filled if outpatient)</small>
Berhubungan dengan kecelakaan? <i>Related to Accident?</i>	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <small>Jika 'Ya' Mohon Jelaskan Kronologis Kecelakaan If "Yes" Please describe of chronology of accident:</small>

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				<small>Jika 'Ya' mohon dijelaskan If "Yes" Please describe</small>
Diagnosa <i>Diagnosis</i>	Terdiagnosa sejak? <i>Diagnosed since?</i>	Nama Dokter <i>Doctor Name</i>	Nama Rumah Sakit <i>Hospital Name</i>	
/...../.....			
/...../.....			
/...../.....			

C. INFORMASI ASURANSI LAINNYA OTHER INSURANCE INFORMATION	
Apakah tagihan Rumah Sakit ini diklaim ke Asuransi lain? Is this hospital bill claimed to another insurance?	<input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No Nama Perusahaan Asuransi The company name of the insurance
(jika sudah dijamin oleh asuransi lain mohon lampirkan surat koordinasi manfaat beserta perincian biaya yang sudah dijamin)	
Tipe produk asuransinya Type of insurance product	<input type="checkbox"/> Klaim Manfaat Harian Cash Benefits <input type="checkbox"/> Klaim Sesuai Tagihan Rumah Sakit Indemnity
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 payment to the 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 account used for premium debit.	
E. KETERLAMBATAN PENGAJUAN KLAIM CLAIMS SUBMITTING DELAY	
Apakah saat keluar rumah sakit sudah melebihi 30 hari kalender dari saat ini? Jika "YA" mohon berikan alasannya. Has it been more than 30 calendar days since discharged from the hospital until now? If "YES" please provide the reason	
F. RAWAT INAP BUKAN DI RUMAH SAKIT INPATIENT NOT IN HOSPITAL	
Apakah rawat inap dilakukan selain di Rumah sakit seperti klinik dll? jika "YA" mohon berikan alasannya. / Is the inpatient not in Hospital for example in Clinic etc.? If "YES" please provide the reason	
lampirkan Surat Izin Operasional Klinik Yang Masih Berlaku (fotocopy legalisir) / please attach a valid clinical operating license (photocopy of legalized)	
G. PERNYATAAN DAN KUASA PEMEGANG POLIS/TERTANGGUNG STATEMENT AND POWER OF POLICY HOLDER/INSURED	
<p>Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa I/We hereby declare and agree that:</p> <p>1. Saya/Kami telah membaca, mengerti, menjawab dan mengisi pertanyaan-pertanyaan dan informasi tersebut di atas dengan sebenar-benarnya, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya tanpa tekanan dan paksaan dari pihak manapun. Saya/Kami mengerti bahwa pengajuan dan pembayaran klaim akan diproses oleh PT AXA Mandiri Financial Services ("Penanggung") sesuai dengan ketentuan ketentuan Penanggung yang berlaku. Jika ternyata keterangan yang diberikan itu tidak benar dan/atau tidak lengkap, maka Penanggung berhak untuk meminta Saya/Kami untuk melengkapi ataupun menolak pengajuan klaim.</p> <p>I/We have read, understood, answered and filled out the questions and information mentioned above correctly, completely and in accordance with the actual situation without pressure and coercion from any party. I/We understand that the submission and payment of claims will be processed by PT AXA Mandiri Financial Services (the "Insurer") in accordance with the provisions of this application/website and the provisions of the applicable Insurer. If it turns out that the information provided is incorrect and/or incomplete, the Insurer has the right to ask me/us to complete or reject the claim submission.</p> <p>2. Saya/Kami setuju memberikan kuasa kepada Penanggung 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 Penanggung dalam rangka proses klaim dan pelayanan nasabah.</p> <p>I/We agree to authorize the Insurer to request all information, 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 Insurers in the framework of the claim process and customer service.</p> <p>3. Saya/Kami setuju dan mengizinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi, keterangan, atau data-data Saya/Kami yang diperoleh dan/atau dimiliki Penanggung 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 Penanggung baik di dalam atau luar negeri dalam rangka, termasuk tapi tidak terbatas pada pelayanan nasabah, proses klaim, dan/atau penawaran produk.</p> <p>I/We agree and allow the Insurer to use or provide information, information, or My/Our data obtained and/or owned by the Insurer to third parties (including but not limited to insurance, reinsurance, bank, group, and affiliations of Shareholders, as well as other parties) who cooperate with the Insurer both at home and abroad in the context of, including but not limited to customer service, claim processing, and/or product offerings.</p> <p>4. Saya/Kami senantiasa menjamin untuk merahasiakan dan tidak akan menggandakan, mengungkapkan maupun menyebarkan 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 Penanggung 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/We and the Insurer to any party through any medium.</p> <p>5. Saya/Kami 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 maupun dari pihak yang berkepentingan atas pengajuan klaim ini.</p> <p>I/We release the Insurers including the directors, commissioners, shareholders, affiliates, sales offices, agents, proxies, employees, and all parties who have or are deemed to have a relationship with the Insurer from all claims, lawsuits, or other complaints in the future either from the Policyholder including his family or from any interested party for the submission of this claim.</p>	
<p>Perbarui Data Anda Segera</p> <p>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 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</p>	<p>Pemegang Polis Policy Holder</p> <p>Nama Jelas & Tanda tangan /Name & sign) (jika pemegang polis berhalangan dapat digantikan dengan penerima manfaat/ If Policy Holder unable can be replaced by Beneficiary)</p>

