



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

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

Semua bagian dalam formulir ini wajib diisi dengan lengkap sehingga klaim dapat diproses dengan cepat & akurat.

*(Please complete this form in full in order to assure a fast and accurate processing. All field are compulsory. Thanks again for your cooperation.)*

Tanggal Diterima  
(Date Received):

Diterima Oleh  
(Received by):

## A. Administrasi (Bagian A dilengkapi oleh yang bertanggung)/Administrative (Section A to be completed by insured only)

1. Nama Pemegang Polis (Policyholder)

2. Nomor Polis (Policy Number)

3. Plan

### Rincian Pasien (Patien Details)

4. Nama Pasien (Patient Name)

5. Tanggal Lahir (Date of Birth)  -  -   
Tgl (Date) Bln (Month) Thn (Year)

6. Jenis Kelamin (Sex)  Pria (Male)  Wanita (Female)

7. Nomor ID (ID Number) KTP/Passport

8. Alamat (Address)

Kota (City):

Kode Pos (Post Code):

9. No. Telepon (Phone No) (Termasuk Kode Wilayah)  Mobile Phone

Adakah riwayat konsultasi/rawat jalan/rawat inap dalam 2 tahun terakhir ini untuk kondisi tersebut di rumah sakit ini atau fasilitas lainnya?  
(Any previous consultation/treatment/hospitalization in the last 2 years for this condition, in this hospital or any other facilities?)

1.  Kecelakaan (Accident) a. Terjadi pada (Occurred on)  
Tanggal (Date)  -  -  Waktu (Time)  AM  PM  
Tgl (Date)/Bln (Month)/Thn (Year) Pagi / Siang / Sore / Malam

b. Rincian Kecelakaan (Detail of Accident)

PT AXA Financial Indonesia

Customer Care Centre

AXA Tower Lt. Ground Floor

Jl. Prof. DR. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta - 12940, Indonesia

Email: customer@axa-financial.co.id

Link Live Chat: www.axa.co.id





2.  Penyakit (Illness)

a. Gejala Pertama Muncul pada (Symptoms First Appeared On):

Tanggal (Date)  -  -   
Tgl (Date)/Bln (Month)/Thn (Year)

b. Dokter yang Dikonsultasikan untuk Keadaan Ini (Doctor (s) Consulted for This Condition):

c. Kontak Dokter atau Klinik (Alamat & telepon) (Doctor's or Clinic Contact (Address & Telephone)):

### B. Bagian Medis (Bagian B dilengkapi oleh Dokter)/Media Section (Section B to be completed by Physician)

1. Nama Pasien (Patient Name)

2. K.P. (NRIC)

3. Usia (Age)

4. Jenis Kelamin (Sex)

Pria (Male)  Wanita (Female)

5. No. Polis / No. Anggota / No. Sertifikat / No. Perusahaan Asuransi (Policy No. / Member ID / Certificate No. / Plan / Company No.)

6. No. Pengakuan Nama MRN dan Rumah Sakit / No. Telepon dan Fax Rumah Sakit (Admission No. MRN and Hospital Name / Hospital Contact and Fax No.)

7. Pengakuan Memerlukan (Admission Requires)

Rawat Inap (Hospitalization)  Rawat Jalan (Day Care)  Atas Permintaan Pasien (On Patient's Request)

8. Apakah Penyakit/Kondisi Terkait dengan: (Mohon beri tanda cek ✓ jika YA)  
(Is the Illness/Condition Related to: (Please kindly check with ✓ if YES))

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kehamilan/Melahirkan/Ketidaksuburan/Bedah Sesar/ Keguguran atau Komplikasi Apapun yang Timbul darinya (Pregnancy/Childbirth/Infertility/Caesarian Section/ Miscarriage or Any Complications Arising there from) | <input type="checkbox"/> Alasan Kosmetik/Perawatan Gigi/ Koreksi Kesalahan Refraksi (Cosmetic Reason/Dental Care/Refractive Errors Correction)                           |
| <input type="checkbox"/> Penyakit Bawaan/Keturunan (Congenital/Hereditary Disease)   | <input type="checkbox"/> AIDS/HIV/STD/DV   |
| <input type="checkbox"/> Pengaruh Obat-obatan/Alkohol (Influence of drug/alcohol)  | <input type="checkbox"/> Cedera yang Disebabkan oleh Diri Sendiri/Pelanggaran Undang-Undang/Pemogokan/Huru-hara (Self-Inflicted Injuries/Violation of Laws/Strike/Riots) |
| <input type="checkbox"/> Gangguan Saraf/Mental/Emosi/Tidur (Nervous/Mental/ Emotional/Sleeping Disorder)   | <input type="checkbox"/> Bukan Salah Satu dari Tersebut di Atas (None of the Above)  |

Harap Berikan Rincian (Please Provide Details)

PT AXA Financial Indonesia

Customer Care Centre

AXA Tower Lt. Ground Floor

Jl. Prof. DR. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta - 12940, Indonesia

Email: customer@axa-financial.co.id

Link Live Chat: www.axa.co.id





9. Perawatan Medis, Penyelidikan, Prosedur Bedah yang akan Dilakukan, Jika ada (harap berikan Salinan dari Semua Hasil Penyelidikan)  
(Medical Treatment, Investigation and Surgical Procedure to be Performed, If Any (Please Supply Copy of All Investigation Result))

10. Kondisi Medis/Bedah Lain Apapun yang Ada?  
(Any Other Medical/Surgical Conditions Present?)

Ya (Yes)

Tidak, dengan rincian di bawah ini  
(No, detail below)

a.

-  -

Tgl (Date)/Bln (Month)/Thn (Year)

b.

-  -

Tgl (Date)/Bln (Month)/Thn (Year)

11. Apakah Pasien Hamil pada Waktu Menjalani Opname (Hanya untuk Perempuan)  
(Was the Patient Pregnant at the Time of Hospitalization? (For Female Only))

Ya (Yes)

Tidak (No), \_\_\_\_\_ Bulan (Month)

12. Apabila Opname Disebabkan oleh Cedera, Harap Uraikan Keadaan dan Penyebab Cedera Tersebut  
(If Hospitalization was Due to Injury, Please Describe Circumstances and Cause of Injury)

a. Harap Sebutkan Tanggal/Waktu Kecelakaan (Please Indicate Date/Time of Accident)

Tanggal (Date)

-  -

Tgl (Date)/Bln (Month)/Thn (Year)

Waktu (Time)

AM

PM

Pagi / Siang / Sore / Malam

PT AXA Financial Indonesia

Customer Care Centre

AXA Tower Lt. Ground Floor

Jl. Prof. DR. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta - 12940, Indonesia

Email: customer@axa-financial.co.id

Link Live Chat: www.axa.co.id





### C. Perawatan yang Diberikan (*Treatment Advised*)

Rencana Perawatan ( <i>Treatment Plan</i> ):	
Perkiraan Biaya Rumah Sakit ( <i>Estimated Hospital Costs</i> ):	Perkiraan Biaya Dokter Bedah dan Anestetis ( <i>Estimated Fees For Surgeon and Anaesthetist</i> ):
Biaya Kamar Perawatan per Hari ( <i>Room Per Night</i> ):	A. Perkiraan Kunjungan per Hari ( <i>Daily Visit Estimates</i> ):
Total Perkiraan Biaya Kamar & Rumah Sakit ( <i>Total Room &amp; All Hospital Costs Estimate</i> ):	B. Perkiraan Operasi ( <i>Surgery Estimate</i> )
	Perkiraan Biaya Dokter (A&B) ( <i>Treating Doctor's Total Estimatecost (A+B)</i> ):
	Perkiraan Biaya Anestetis ( <i>Anaesthetist's Estimatecost</i> ):
Perkiraan lama perawatan (dalam hari)( <i>Estimated Length of treatment (in days)</i> ):	

### D. Rencana Perawatan Selanjutnya (*Further Treatment Planned*)

Mohon berikan rincian tentang rencana perawatan selanjutnya (*Please give details of any further planned treatment plan*):

### E. Rincian Penanggung Yang Lain (*Other Insurer's Details*)

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



PERNYATAAN DAN KUASA PASIEN/PEMEGANG POLIS PATIENT'S (POLICY HOLDER'S DECLARATION AND POWER OF ATTORNEY)	PERNYATAAN DOKTER (PHYSICIAN DECLARATION)
<p>Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa (<i>I hereby declare and agree that</i>):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Saya telah membaca, mengerti, menjawab dan mengisi pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan sebenar-benarnya, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya. (<i>I have read, understand, answer and fill in all the questions above with the honest truth, complete and in accordance with actual circumstances</i>).</li><li>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 Financial Indonesia ("perusahaan") atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung. (<i>I give power that will not expire for 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 Financial Indonesia ("company"), or those authorized by him, all the records / information about themselves and the condition/ health of the insured</i>).</li><li>Seluruh keterangan yang tercantum dalam Formulir Klaim Reimbursement ini ditulis dengan benar dan Saya menyadari bahwa salinan Pernyataan Pemberian Kuasa dari Pemegang Polis ini dapat berlaku sebagaimana aslinya. (<i>All information in this inpatient Claim Form was written truthfully and I hereby agree that this Declaration and Power Attorney to be used promptly</i>).</li><li>Salinan/fotokopi dari pernyataan dan kuasa ini sama sah dan berlakunya sesuai dengan dokumen aslinya. (<i>Copy of the Patient's Declaration is as valid and power in accordance with the original document</i>).</li><li>Saya memberi/tidak memberi kuasa kepada Agen Saya untuk membahas kondisi medis sebagaimana mestinya dengan pihak asuransi saya atau agen resmi saya. (<i>I authorize/do not authorize my Financial Advisor/Agent to discuss medical conditions as necessary with my insurer or its authorized agent on my behalf</i>).</li></ol> <p>Tanda tangan pemegang polis (Signature of policyholder):</p> <p>Tanggal (Date):</p>	<p>Saya menyatakan bahwa saya adalah dokter untuk pasien yang dimaksud, dan bahwa rincian yang diberikan adalah benar menurut apa yang paling saya ketahui. (<i>I declare that I am the patient's Physician and that the particulars given are true and correct to the best of my knowledge</i>).</p> <p>Nama (Name):</p> <p>Stempel Rumah Sakit/Klinik (Hospital/Clinic's Stamp):</p> <p>Tanda Tangan (Signature):</p> <p>Tanggal (Date):</p> <p>Nomor Telepon (Contact No.):</p>

DOKUMEN DI BAWAH INI HARUS DILAMPIRKAN SEWAKTU MENGAJUKAN INVOICE (THE FOLLOWING DOCUMENTS MUST ACCOMPANY THE INVOICE DURING SUBMISSION)
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Formulir Klaim yang diisi lengkap (asli) (<i>Claim Form which is completely filled (original)</i>)</li><li><input type="checkbox"/> Rincian Biaya (asli/legalisir/salinan) (<i>Cost Details (original/certified copy/copy)</i>)</li><li><input type="checkbox"/> Tes Diagnostik (Hasil Laboratorium, X-Ray, dll) (asli/legalisir/salinan) (<i>Copy of the Diagnostic Test (Laboratory Result, X-Ray, etc) (original/certified copy/copy)</i>)</li><li><input type="checkbox"/> Kuitansi Pembayaran Asli (<i>Original Payment Receipt</i>)</li><li><input type="checkbox"/> Resep Obat (asli/legalisir/salinan) (<i>Prescription (original/certified copy/copy)</i>)</li><li><input type="checkbox"/> Tax Invoice atau Original Receipt (untuk perawatan di luar negeri) (<i>Tax Invoice or Original Receipt (for overseas treatment)</i>)</li></ul>



## F. Administrasi Spesifik Terhadap Klaim Reimbursement (*Administrative Specific to Reimbursement Claims*)

Total klaim sebesar ( <i>Amount claimed</i> ):	
Nama Pemilik Rekening : (DENGAN HURUF KAPITAL) ( <i>Beneficiary name: (IN CAPITAL LETTERS)</i> )	
Transfer Bank: (Rincian bank mesti disertakan jika sebelumnya tidak dinyatakan dalam formulir permohonan) <i>Telegraphic bank transfer: (Bank details is required if previously not declared in application form)</i>	
No Rekening Bank ( <i>Bank Account No</i> ):	Kode SWIFT Bank ( <i>Bank SWIFT Code</i> ):
Nama Bank ( <i>Name of Bank</i> ):	Alamat Bank ( <i>Bank Address</i> ):
Pembayaran akan dilakukan dalam mata uang yang ditetapkan dalam Plan Anda kecuali jika kami menyetujui sebaliknya secara tertulis ( <i>Payment will be made in the currency defined in your plan unless we agreed otherwise in writing</i> ). Dalam mata uang apakah pengobatan ini ditagih semulanya ( <i>In which currency was the treatment originally billed</i> )?	
Rincian peserta dan pasien ( <i>Member's and patient's details</i> )	
No. Telepon ( <i>Telephone No</i> ):	Alamat Email ( <i>Email Address</i> ):
No. Handphone ( <i>Mobile No</i> ):	

- Jika Anda ada pertanyaan tentang formulir ini atau aspek lain tentang plan ini, silakan menghubungi 24 jam Layanan *Call Center* dan alamat email, sesuai yang tertera pada kartu kepesertaan yang Anda miliki dengan memberikan nomor polis/anggota Anda.  
*(If you have any questions regarding this form or any other aspects of the cover, please contact the 24-hour Call Center Service and email address, as stated on the membership card that you have by providing your policy/membership numbers).*
- Klaim harus diajukan beserta dokumen pendukung dalam waktu 90 (Sembilan Puluh) hari sejak tanggal selesainya perawatan di Rumah Sakit. Kirimkan formulir klaim ini beserta material pendukung kepada Departemen Klaim, PT AXA Financial Indonesia, AXA Tower Lt. 17, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia.  
*Claims must be submitted along with supporting documents within 90 days from date of service. Send this claim form together with supporting material to Claim Department, PT AXA Financial Indonesia, AXA Tower Lt. 17, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia.*

PT AXA Financial Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

### PT AXA Financial Indonesia

#### Customer Care Centre

AXA Tower Lt. Ground Floor  
Jl. Prof. DR. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta - 12940, Indonesia  
Email: [customer@axa-financial.co.id](mailto:customer@axa-financial.co.id)  
Link Live Chat: [www.axa.co.id](http://www.axa.co.id)

