



PT AXA Insurance Indonesia
 Customer Care Center
 AXA Tower Lt. 16
 Jl. Prof Dr. Satrio Kav.18 Kuningan City
 Jakarta 12940, Indonesia
 Tel : 1500733
 Email : customer.general@axa.co.id
 Web : www.axa.co.id

Claim Form (Reimbursement & Pre-Authorization) International Exclusive (Individual Policy)

Formulir Klaim (Penggantian & Pre Otorisasi) International Exclusive (Polis Individu)

This claim is not and admission of liability / Formulir ini bukan merupakan pengakuan tanggung jawab

Please use a separate claim form for each separate admission / Silahkan gunakan formulir klaim terpisah untuk setiap perawatan yang berbeda

Part I. To be completed by the Patient and/or Insured / Untuk dilengkapi oleh Pasien dan/atau Tertanggung Important / Penting :

1. This form is to be completed by Patient and/or Insured. Please ensure that your signature tallies with the signature that is provided to our Company / Formulir ini harus diisi oleh Pasien dan/atau Tertanggung. Harap pastikan bahwa tanda tangan Anda sesuai dengan tanda tangan yang diberikan kepada Perusahaan kami.
2. To enable us to process your claim promptly, please ensure that the form is fully completed / Agar kami dapat memproses klaim Anda dengan segera, harap pastikan bahwa formulir telah diisi dengan lengkap.
3. We reserve our rights to request additional information or documents if needed / Kami berhak meminta informasi atau dokumen tambahan jika diperlukan
4. If you have any questions regarding this form or any claims matter, please contact our contact centre at 021 - 1500 353 quoting your policy/membership numbers / Jika Anda memiliki pertanyaan tentang formulir ini atau masalah klaim apa pun, silahkan menghubungi contact centre kami di 021 - 1500 353 dengan menyebutkan nomor polis/keanggotaan Anda
5. Claims must be submitted along with all supporting documents within 30 calendar days from the date of treatment completed / Klaim harus diserahkan beserta semua dokumen pendukung dalam waktu 30 hari kalender sejak tanggal pengobatan selesai.
6. Send this claim form together with all supporting documents to Health Service Team. AXA Tower Lt.20, Jl. Prof Dr. Satrio Kav.18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia / Kirimkan formulir klaim ini bersama dengan semua dokumen pendukung ke Health Service Team. AXA Tower Lt.20, Jl. Prof. Dr Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
7. All claim submission documents must be in Indonesia or English. If it is necessary to translate to Indonesian or English, the translation must be carried out by a sworn translator at the expense of the policyholder / Semua dokumen klaim harus dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris. Jika perlu diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris, maka penerjemah harus dilakukan oleh penerjemah tersumpah atas biaya dari pemegang polis
8. Claim payment will be transferred to bank account that have been registered in the system / Pembayaran klaim akan ditransfer ke rekening bank yang telah terdaftar di sistem.

A. ADMINISTRATIVE / ADMINISTRASI

Policyholder / Pemegang Polis:		Policy No. / No. Polis :	
PATIENT'S DETAIL / DETAIL PESAN			
Patient name / Nama Pasien :		Date of birth / Tanggal Lahir: dd / mm / yyyy	
ID/Passport number / No. KTP/Paspor:	Nationality / Kewarganegaraan:	Gender / Jenis Kelamin : (M/F)	Plan:
Email address / Alamat Email:		Contact number / No Telepon :	
Amount Claimed / Jumlah Klaim:			



B. OTHER INSURER'S DETAILS / DETAIL PENANGGUNG LAINNYA

Do you have other medical insurance plans with other insurance companies? / Apakah Anda memiliki ~~plan~~ manfaat asuransi medis lain dengan perusahaan asuransi lain? Yes/Ya No/Tidak

If "Yes", please state the Policy No., Commencement date and the name of the Insurer / Jika "Ya", harap sebutkan No. Polis, Tanggal mulai berlaku dan nama Penanggung.

Policy No / No. Polis	Commencement date / Tanggal mulai berlaku	Insurer / Penanggung :

Has a claim been submitted with the above Insurers? / Apakah klaim telah diajukan kepada Penanggung di atas? Yes/Ya No/Tidak

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) / Jika Anda menjawab 'Ya' untuk salah satu dari pertanyaan ini, sebutkan nama perusahaan asuransi terkait yang terlibat (Mohon kirimkan salinan surat pelunasan klaim/voucher pembayaran dari perusahaan asuransi lain)

C. PATIENT AND/OR INSURED DECLARATION / DEKLARASI PASIEN DAN/ATAU TERTANGGUNG

I hereby confirm that/ Saya dengan ini menyatakan bahwa:

- I authorize the Physician, Hospital/Clinic or any other medical institution to give the information and/or medical record, according to the diagnosis and/or medication treatment which given to me or my family which being as the Insured / Saya memberi kuasa kepada Dokter, Rumah Sakit/Klinik atau Instansi Kesehatan lainnya untuk memberikan informasi dan/atau rekam medis, sesuai dengan diagnosa dan/atau pengobatan yang diberikan kepada saya atau keluarga saya yang menjadi Tertanggung;
- I authorize xxx/ Product name xxx and its designated third-party administrators; to gather further information/medical records from the Hospital and /or other parties related to the diagnosis and/or health services provided to me or eligible members of my family which may be required to process the claim in accordance with existing policy and term conditions / Saya mengotorisasi xxx/ Nama produk xxx dan administrator pihak ketiga yang ditunjuknya; untuk mengumpulkan informasi lebih lanjut/rekam medis dari Rumah Sakit dan/atau pihak lain terkait diagnosis dan/atau layanan kesehatan yang diberikan kepada saya atau anggota keluarga saya yang memenuhi syarat yang mungkin diperlukan untuk memproses klaim sesuai dengan ketentuan polis dan ketentuan yang berlaku;
- All information on this claim form was written truthfully and I hereby agree that this Claim Form to be used promptly/ Semua informasi dalam formulir klaim ini telah ditulis dengan sebenarnya dan saya dengan ini setuju bahwa Formulir Klaim ini akan segera digunakan;
- Copy of this Declaration is as valid and has power in accordance with the original document; and/or / Salinan Deklarasi ini adalah sah dan mempunyai kekuatan sesuai dengan dokumen aslinya; dan/atau ;
- I authorize my xxx's Insurance intermediary to discuss medical conditions as necessary with my Insurer or its authorized Insurance intermediary on my behalf / Saya mengizinkan perantara Asuransi xxx saya untuk membahas kondisi medis sebagaimana diperlukan dengan Penanggung saya atau perantara Asuransi resminya atas nama saya.

Patient and/ or Insured signature / Tandatangan Pasien dan/ atau Tertanggung:

Date/ Tanggal:

D. DOCUMENTS TO BE SUBMITTED / DOKUMEN YANG HARUS DISERAHKAN

Please put a tick in the boxes below and submit the mandatory documents. If the mandatory documents are not submitted or partially submitted, your claim will only be processed upon receipt of the full documents. We reserve the right to determine if any of the documents below can be waived. We will notify you or your Financial Consultant if we need to obtain further information from you or other parties to assess your claim / Beri tanda centang pada kotak di bawah ini dan kirimkan dokumen wajib. Jika dokumen wajib tidak diserahkan atau diserahkan sebagian, klaim Anda hanya akan diproses setelah dokumen lengkap diterima. Kami berhak untuk menentukan apakah salah satu dokumen di bawah ini dapat diabaikan. Kami akan memberitahu Anda atau Konsultan Keuangan Anda jika kami perlu memperoleh informasi lebih lanjut dari Anda atau pihak lain untuk menilai klaim Anda.

- Claim Form which is to be completed fully (original) / Formulir Klaim yang harus diisi lengkap (asli)
- Original final itemized medical bills / Tagihan perincian biaya perawatan akhir yang asli



- Original proof of payment/ payment receipt. (If claiming for a cash benefit, a copy of the final bill is acceptable) / *Bukti pembayaran asli/ struk pembayaran asli. (Jika mengajukan klaim santunan tunai, salinan tagihan akhir dapat diterima)*
- Copy of test discharge summary report/ *Salinan hasil tes diagnostik (Hasil Laboratorium, X-Ray, dll.), Laporan Ringkasan Pemulangan Rawat Inap*
- Copy of doctor's prescription for medicines purchased at an external pharmacy / *Salinan resep dokter untuk obat yang dibeli di apotik luar.*
- Copy of final itemized medical bills, guarantee calculation and original coordination of benefit letter from first insurer (if claim submission has been guaranteed by another insurance) / *Salinan perincian biaya perawatan akhir, perhitungan jaminan dan asli surat koordinasi manfaat dari penanggung pertama (jika pengajuan klaim telah dijamin oleh asuransi lain).*

E. ADMINISTRATIVE SPECIFIC TO REIMBURSEMENT CLAIMS/ ADMINISTRATIVE SPESIFIK UNTUK KLAIM REIMBURSE

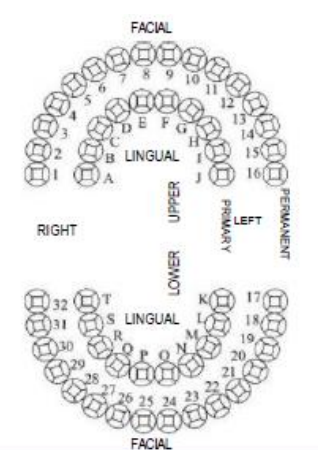
Amount claimed/ <i>Nominal Klaim:</i>	
Beneficiary name (IN CAPITAL LETTERS)/ <i>Nama Penerima Manfaat (dalam HURUF KAPITAL):</i>	
Bank details will be required if previously not declared in application form/ <i>Detail Bank akan dibutuhkan jika sebelumnya tidak diinformasikan pada Formulir Aplikasi</i>	
Bank account number/ <i>Nomor Rekening Bank</i>	Bank address/ <i>Alamat Bank</i>
Name of bank/ <i>Nama Bank:</i>	
Bank SWIFT code/ <i>Kode SWIFT Bank:</i>	
Payment will be made in the currency defined in your plan, unless we agreed otherwise in writing. In which currency was the treatment originally billed?/ <i>Pembayaran akan dilakukan menggunakan kurs sesuai dengan yang tercantum pada manfaat Anda, kecuali Kami menyetujuinya yang lainnya secara tertulis</i>	

Part II - To be completed by the Medical Practitioner at the Policyholder's expense / Untuk diisi oleh Praktisi Medis atas biaya dari Pemegang Polis

Important note / Catatan penting :

1. Part II of this form is to be completed by the Medical Practitioner / *Bagian II dari formulir ini harus diisi oleh Praktisi Medis*
2. To enable us to process the Life Assured's claim promptly, please ensure that the form is fully completed / *Agar kami dapat memproses klaim Tertanggung dengan segera, harap pastikan bahwa formulir telah dilengkapi dengan lengkap.*
3. We reserve our rights to request additional information or documents if needed / *Kami berhak meminta informasi atau dokumen tambahan jika diperlukan.*

F. MEDICAL SECTION (Section E. to be completed by Dentist) / BAGIAN MEDIS (Bagian E. diisi oleh Dokter Gigi)

Duration of illness / <i>Durasi penyakit</i> :			
Date of consult / <i>Tanggal konsultasi</i> :			
Complaint & main symptoms / <i>Keluhan dan gejala utama</i> :			
Diagnosis / <i>Diagnosa</i> :			
Other conditions / <i>Kondisi lainnya</i> ::			
Please tick when appropriate / <i>Beri tanda centang apabila sesuai:</i> <input type="checkbox"/> Routine Check-up / <i>Pemeriksaan utin</i> <input type="checkbox"/> Congenital/Development / <i>awan/Perkembangan</i> <input type="checkbox"/> Work Related Accident / <i>ecelakaan akibat kerja</i> <input type="checkbox"/> Road Traffic Accident / <i>Kecelakaan lalu lintas</i> <input type="checkbox"/> Orthodontics / <i>Ortodontik</i> <input type="checkbox"/> Aesthetics/cosmetic / <i>Estetika/kosmetik</i> <input type="checkbox"/> Sports Related / <i>Terkait olahraga</i>			
Please describe how Accident occurred? / <i>Tolong jelaskan bagaimana Kecelakaan terjadi?</i>			
State date/ time of the Accident and Cause of Accident / <i>Sebutkan tanggal/waktu Kecelakaan dan Penyebab Kecelakaan</i>			
Specify the recommended investigation, and or procedures using the tooth number as shown on the teeth map above / <i>Tentukan pemeriksaan penunjang, dan atau prosedur yang dianjurkan dengan menggunakan nomor gigi seperti yang ditunjukkan pada peta gigi di atas</i>			
Service code / <i>ICD Code</i>	-Detail of Treatment/ <i>Detail Perawatan</i>	Tooth no./ <i>Gigi No.</i>	-Treatment Cost/ <i>Biaya Perawatan</i>

G. MEDICAL SECTION (Section E. to be completed by Medical Practitioner) / BAGIAN MEDIS (Bagian F. diisi oleh Praktisi Medis)

Symptoms presented / Gejala yang dirasakan : 	Date the patient first became aware of any signs or symptoms for this condition / Tanggal pasien pertama kali menyadari tanda-tanda atau gejala untuk kondisi ini: dd / mm / yyyy	Date on which the patient first presented to any doctor for this condition / Tanggal pasien pertama kali datang ke dokter untuk kondisi ini: dd / mm / yyyy
Physical findings / Temuan fisik : 	Vital signs / Tanda-tanda vital: Pulse / Detak: BP/ Tekanan Darah:	Temp / Suhu : Resp / Pernapasan :
Provisional diagnosis/condition / Diagnosa sementara/kondisi : 	Final diagnosis / Diagnosa akhir : 	
If there are symptoms presented, please advise / Jika ada gejala yang muncul, harap beri tahu: a) How long has the symptom existed prior to consulting you? / Sudah berapa lama gejala tersebut muncul sebelum berkonsultasi dengan Anda?	b) When did the symptoms first start? / Kapan gejala pertama kali muncul?	
If there is no symptom presented, what prompted the patient to see you? / Jika tidak ada gejala yang muncul, apa yang mendorong pasien menemui Anda?		
In your expert opinion / Menurut pendapat ahli Anda : <ol style="list-style-type: none"> Etiology of the diagnosis? / Penyebab diagnosa? Given the etiology of the condition, how long do you think the condition has been presented? / Berdasarkan etiologi dari kondisi tersebut, menurut Anda sudah berapa lama kondisi tersebut muncul? 		
Investigation (describe necessary investigation requested/required to define the diagnosis) / Investigasi (jelaskan investigasi yang diperlukan diminta/diperlukan untuk menentukan diagnosis):		
Was the patient referred to you by another Medical Practitioner? / Apakah pasien dirujuk kepada Anda oleh Praktisi Medis lain? <input type="checkbox"/> Yes/Ya <input type="checkbox"/> No/Tidak If "Yes", please provide the name of referring Medical Practitioner & contact details / Jika "Ya", berikan nama Praktisi Medis yang merujuk & detail kontak.		
Does the patient have any related medical condition? / Apakah pasien memiliki kondisi medis terkait? <input type="checkbox"/> Yes/Ya <input type="checkbox"/> No/Tidak If "Yes", please state and explain the relation / Jika "Ya", sebutkan dan jelaskan hubungannya.		

<p>Does the patient suffer from other significant medical condition(s)? / Apakah pasien menderita kondisi medis lain yang signifikan? <input type="checkbox"/> Yes/Ya <input type="checkbox"/> No/Tidak If "Yes, please state the medical condition(s) and the date of diagnosis / Jika "Ya, sebutkan kondisi medis dan tanggal diagnosis</p>		
Medical Condition / Kondisi Medis	Date of diagnosis / Tanggal Diagnosa	Treatment given / Perawatan yang diberikan
<p>Has the patient received any previous consultation/treatment/hospitalization for this condition, associated conditions or symptoms and/or other conditions? / Apakah pasien pernah menerima konsultasi/perawatan/rawat inap sebelumnya untuk kondisi ini, kondisi atau gejala terkait dan/atau kondisi lainnya? <input type="checkbox"/> Yes/Ya <input type="checkbox"/> No/Tidak If "Yes, please provide details / Jika "Ya, berikan detailnya.</p>		
Date of treatment / Tanggal Perawatan	Medical Condition / Kondisi Medis	Name and Address of Doctor / Nama dan alamat Dokter
<p>Is the condition/ treatment/ surgery related to any of these? / Apakah kondisi/perawatan/pembedahan berhubungan dengan semua ini? If "Yes", please tick / Jika "Ya", silakan centang. <input type="checkbox"/> Pregnancy or childbirth / Kehamilan atau melahirkan <input type="checkbox"/> Congenital anomaly / Kelainan bawaan <input type="checkbox"/> Abortion or miscarriage / Aborsi atau keguguran <input type="checkbox"/> A genetic or chromosomal disorder / Kelainan genetik atau kromosom</p>		
<p><input type="checkbox"/> Infertility or sub-fertility condition / Kondisi infertilitas atau subfertilitas <input type="checkbox"/> Mental or psychiatric condition / Kondisi mental atau kejiwaan <input type="checkbox"/> Sexually transmitted disease / Penyakit menular seksual <input type="checkbox"/> Cosmetics reason / Alasan kosmetik</p>		
<p>If claim is related to pregnancy, is pregnancy conceived from natural conception? / Jika klaim berkaitan dengan kehamilan, apakah kehamilan terjadi karena pembuahan alami? <input type="checkbox"/> Yes/ Ya <input type="checkbox"/> No/Tidak</p>		
<p>Is the medical condition/injury caused by an accident? / Apakah kondisi medis/cedera tersebut disebabkan oleh kecelakaan? <input type="checkbox"/> Yes/Ya <input type="checkbox"/> No/Tidak If "Yes", please tick / Jika "Ya", silakan centang <input type="checkbox"/> Road traffic accident / Kecelakaan lalu lintas <input type="checkbox"/> Work related accident / Kecelakaan akibat kerja <input type="checkbox"/> Others / Lainnya : _____</p>		
<p>Please describe how Accident occurred? State date/ time of the Accident and Cause of Accident / Tolong jelaskan bagaimana Kecelakaan terjadi? Sebutkan tanggal/waktu Kecelakaan dan Penyebab Kecelakaan :</p>		

H. TREATMENT ADVISED / PERAWATAN YANG DISARANKAN

Treatment plan / Rencana perawatan :			
Medicines / Obat-obatan :	Dose / Dosis:	Frequency / Frekuensi:	Duration / Durasi :
Procedure (please give details of medical procedures, if any) / Prosedur (mohon diberikan detail dari prosedur medis, jika ada) :			

ICD Code / Kode ICD :	Surgical Code / Kode pembedahan :
Estimated hospital costs / <i>Estimasi biaya rumah sakit:</i>	Estimated fees for surgeon / <i>Perkiraan biaya untuk ahli bedah</i>
Room type / <i>Tipe ruangan :</i>	Daily visit estimate (a) / <i>Estimasi kunjungan harian (a) :</i>
Room per night / <i>Harga kamar per malam :</i>	Surgery estimate / <i>Estimasi pembedahan (b):</i>
Total room & all hospital costs estimate / <i>Total perkiraan biaya kamar & semua biaya rumah sakit:</i>	Treating doctor's total estimate cost (a + b) / <i>Estimasi total biaya pengobatan dokter (a + b):</i>
	Anesthetist's estimate cost / <i>Estimasi biaya dokter anestesi :</i>
Estimated length of treatment (in days) / <i>Estimasi lama perawatan (dalam hari) :</i>	

I. FURTHER TREATMENT PLAN / RENCANA PERAWATAN LEBIH LANJUT

Please give details of any further treatment plan / <i>Mohon diberikan detail tentang rencana perawatan lebih lanjut</i>	
--	--

J. IF YOU ARE CLAIMING FOR TREATMENT RECEIVED OUTSIDE YOUR AREA OF COVER (FOR EMERGENCY), PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS / JIKA ANDA MENGAJUKAN KLAIM UNTUK PERAWATAN YANG DITERIMA DI LUAR WILAYAH PERTANGGUNGAN ANDA (UNTUK GAWAT DARURAT), MOHON JAWAB PERTANYAAN BERIKUT:

<p>a. Country where the treatment took place / <i>Negara dimana perawatan dilakukan:</i></p> <p>b. The reason the patient being abroad / <i>Alasan pasien keluar negeri :</i></p> <p>c. Date the departure and return to own area cover / <i>Tanggal keberangkatan dan kembali ke wilayah pertanggung jawaban Anda:</i> From/Dari Date/Tanggal dd/mm/yyyy tgl/bln/thn To/ Sampai dd/mm/yyyy tgl/bln/thn</p> <p>d. Are you claiming cash benefit for inpatient treatment? Please Tick <i>Apakah Anda mengajukan klaim manfaat tunai untuk perawatan rawat inap? Mohon Centang</i> Yes/<input checked="" type="checkbox"/>Ya No/<input type="checkbox"/>Tidak If Yes, please enclose a hospital certificate confirming the date of stay. <i>Jika Ya, mohon lampirkan keterangan rumah sakit mengenai tanggal perawatan</i></p>

J. MEDICAL PRACTITIONER'S DECLARATION / DEKLARASI PRAKTIISI MEDIS

I HEREBY CERTIFY that I have personally examined and treated the Patient in connection with the above condition and that the facts as given above present my opinion of his/her condition. I declare that the information provided on this form is true and accurate and I did not withhold any material information / <i>Saya menyatakan bahwa saya sudah melakukan pemeriksaan dan perawatan pada Pasien terkait dengan kondisi tersebut di atas dan fakta yang diberikan di atas merupakan pendapat saya untuk kondisinya. Saya menyatakan bahwa informasi yang diberikan pada formulir ini adalah benar dan akurat dan Saya tidak menahan informasi material apa pun.</i>	
Name of Medical Practitioner (Mandatory) / <i>Nama Praktisi Medis (wajib)</i>	Date / <i>Tanggal:</i>
Signature of Medical Practitioner (Mandatory) / <i>Tanda Tangan Praktisi Medis (Wajib)</i>	Hospital / clinic stamp (Mandatory) / <i>Stempel Rumah Sakit</i>