



redefining / insurance

**PT ASURANSI AXA INDONESIA
HEALTH SERVICE TEAM**

AXA Tower Lt. GF
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City
Jakarta Selatan 12940
Tel: +62 21 2927 9620
Fax: +62 21 3483 0899
Email: healthserviceteam@axa-insurance.co.id
www.axa-insurance.co.id

Dental Claim Form / Formulir Klaim Gigi International Exclusive

This claim form is not an admission of liability / Formulir klaim ini tidak merupakan penerimaan tanggung jawab.

Date Received /
Tanggal Penerimaan :

We thank you in advance for filling in this claim form in full in order to assure a fast and accurate processing. This form was simplified according to your needs. As a consequence, all fields are compulsory. Thanks again for your cooperation.

Kami mengucapkan terima kasih sebelumnya karena Anda telah mengisi formulir klaim ini dengan lengkap untuk memastikan pemrosesan secara cepat dan akurat. Formulir ini disederhanakan sesuai dengan kebutuhan-kebutuhan Anda. Oleh karena itu, semua kotak harus diisi. Sekali lagi, kami mengucapkan terima kasih atas kerja sama Anda.

A. ADMINISTRATIVE (section A to be completed by insured only) ADMINISTRASI (bagian A hanya akan diisi oleh tertanggung)		
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:		

B. TO BE COMPLETED BY DENTIST / DILENGKAPI OLEH DOKTER GIGI	
<p>Duration of illness/ Lamanya sakit: Date of consult/ Tanggal konsultasi: Main complaint & symptoms/ Keluhan yang penting dan gejala-gejala:</p> <p>Diagnosis/ Diagnosa:</p> <p>Other conditions/ Kondisi-kondisi lain:</p> <p>Please tick (<input type="checkbox"/>) where appropriate Berikan tanda centang pada (<input type="checkbox"/>) apabila sesuai:</p> <p><input type="checkbox"/> Routine dentistry/ Perawatan gigi rutin</p> <p><input type="checkbox"/> Orthodontist/esthetics/ Pemasangan kawat gigi/estetika</p> <p><input type="checkbox"/> Checkup/ Pemeriksaan</p> <p><input type="checkbox"/> Work related accident/ Kecelakaan yang terkait dengan pekerjaan</p> <p><input type="checkbox"/> Congenital/developmental/ Bersifat bawaan/ seiring perkembangan</p> <p><input type="checkbox"/> Road traffic accident related/ Terkait dengan kecelakaan lalu lintas</p> <p><input type="checkbox"/> Sport related/ Terkait dengan olah raga</p>	

(HE 007d 05/13)

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 menggunakan nomor gigi seperti yang tertera pada peta gigi di atas

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>

C. 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

D. OTHER INSURER'S DETAILS / RINCIAN LAINNYA UNTUK PENANGGUNG

Is the treatment accident related?
Apakah perawatan terkait dengan kecelakaan?

Yes / Ya No / Tidak

(If you have answered 'yes', please give details of the accident.)
(Apabila Anda menjawab 'ya', berikan data kecelakaan.)

Is it covered under another insurance policy?
Apakah perawatan tersebut ditanggung oleh polis asuransi lainnya?

Yes / Ya No / Tidak

If you have answered 'yes' to either of these questions, please give the name of the insurance company involved.
 (Kindly submit a copy of the other insurance company's claim settlement letter/payment voucher)
*Apabila Anda menjawab 'ya' terhadap salah satu pertanyaan di atas, berikan nama perusahaan asuransi yang terlibat.
 (Serahkan salinan dari bukti pelunasan/ tanda terima pembayaran klaim perusahaan asuransi lainnya tersebut)*

E. PATIENT'S DECLARATION
PERNYATAAN PASIEN

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 Asuransi AXA Indonesia**. I further consent to the redisclosure of all such medical information & records to insurers, 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.
*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 Asuransi AXA Indonesia**. 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.*

Tanda tangan
Signature:

Tanggal
Date:

MEDICAL PRACTITIONER DECLARATION
PERNYATAAN DOKTER

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.
Saya menyatakan bahwa saya adalah dokter dari pasien ini, dan bahwa keterangan-keterangan yang diberikan sepanjang pengetahuan saya adalah benar dan tepat.

Name:
 Signature:
 Date:
 Nama:
 Tanda tangan:
 Tanggal:

Stamp:

Cap:

This part of the claim form aims at gathering additional information on the member in order to facilitate the processing of the claim. We thank you in advance for providing us the most complete information.

Bagian formulir klaim ini bertujuan untuk mengumpulkan informasi tambahan dari anggota untuk membantu pemrosesan klaim. Kami berterima kasih sebelumnya untuk memberikan kami informasi yang lengkap.

F. ADMINISTRATIVE SPECIFIC TO REIMBURSEMENT CLAIMS ADMINISTRASI UNTUK PEMBAYARAN KLAIM

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 keuitansi 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 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?

Member's and patient's details / Rincian anggota dan pasien

Patient's name and address / Nama pasien dan alamat:

Telephone no. / No. telepon:

Mobile no. / No. telepon genggam:

E-mail address / Alamat email:

G. MEDICAL PROVIDERS DETAILS / RINCIAN RUMAH SAKIT

Name of medical provider / Nama Rumah sakit:

Telephone no./ no. telepon:

Address of medical provider / Alamat rumah sakit:

Fax no./ No. Fax:

H. 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 pertanggungan Anda:

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

To / sampai: dd / mm / yyyy tgl/bln/thn

d. Are you claiming cash benefit for in-patient treatment? Please tick

Apakah Anda mengajukan klaim manfaat tunai untuk perawatan rawat inap? Mohon centang

Yes / Ya No / Tidak

If Yes, please enclose a hospital certificate confirming the dates of stay.

Jika Ya, mohon lampirkan keterangan rumah sakit mengenai tanggal perawatan

For AXA use only / Hanya untuk keperluan AXA :

Batch no / Nomor urut:

Batch opening date / Tanggal:

If you have any questions regarding this form or any other aspects of the cover, please contact our Health Services Team on **+62 21 2927 9620** or email at healthserviceteam@axa-insurance.co.id quoting your policy/membership numbers.

Apabila Anda memiliki pertanyaan terkait dengan formulir ini atau setiap aspek pertanggungan lainnya, hubungi Tim Layanan Kesehatan kami di nomor **+62 21 2927 9620** atau email di healthserviceteam@axa-insurance.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 Asuransi AXA Indonesia, 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 Asuransi AXA Indonesia, Health Service Team, AXA Tower Lt. GF, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta Selatan 12940