



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

Reimbursement Claim Form (in patient)

Formulir Klaim Penggantian (rawat inap)

International Exclusive

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

Please use a separate claim form for each separate visit to the doctor.

Gunakan formulir klaim yang terpisah untuk setiap kunjungan yang terpisah ke dokter

Date Received /

Tanggal Penerimaan :

Dear Doctor, we thank you for filling in medical sections B, C and D of this claim form and for signing, dating and stamping it.

Bapak/Ibu Dokter yang terhormat, kami mengucapkan terima kasih karena Anda telah mengisi bagian medis B, bagian medis C, dan bagian medis D dari formulir klaim ini serta menandatangani dan membubuhkan tanggal, dan memberi cap pada formulir ini.

We thank you for completing all other sections of this claim form and for signing and dating it. All fields on the front page are compulsory. We thank you in advance for your cooperation which will enable fast and accurate processing.

Anggota yang terhormat, kami mengucapkan terima kasih karena Anda telah melengkapi semua bagian lainnya dari formulir klaim ini serta menandatangani dan membubuhkan tanggal pada formulir ini. Semua kotak isian pada halaman depan harus diisi. Kami mengucapkan terima kasih sebelumnya atas kerja sama Anda yang akan membantu pemrosesan secara cepat dan akurat.

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:
Email address / Alamat email:		
For reimbursement only / Hanya untuk reimbursemen	For hospitalization only / Hanya untuk perawatan di rumah sakit	
Date of treatment : dd/mm/yyyy	Date of admission / Tanggal masuk pasien:	
	Date of discharge/ Tanggal keluar pasien:	

(HE 007a 05/13)

B. MEDICAL SECTION/ BAGIAN MEDIS

Symptoms presented <i>Gejala-gejala yang muncul :</i>	Date the patient first became aware of any signs or symptoms for this conditions <i>Tanggal pada saat pasien pertama kali menyadari adanya tanda atau gejala apa pun dari kondisi ini:</i> dd/mm/yyyy / tanggal/ bulan/ tahun	Date on which the patient first presented to any doctor for this conditions: <i>Tanggal pada saat pasien pertama kali dibawa ke ke dokter mana pun karena adanya kondisi ini:</i> dd/mm/yyyy / tanggal/ bulan/ tahun
Medical conditions/diagnosis / <i>Kondisi/diagnosa medis:</i>		
Investigation (describe necessary investigation requested to define the diagnose) <i>Penyelidikan (uraikan penyelidikan-penyelidikan yang diperlukan yang diminta untuk menjelaskan diagnosa ini)</i>		
If claim is related to pregnancy, is pregnancy related to natural conception? <i>Apabila klaim terkait dengan kehamilan, apakah kehamilan terkait dengan pembuahan alami?</i> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak <input type="checkbox"/>		

C. TREATMENT ADVICE/ SARAN PERAWATAN

Drugs/ <i>Obat-obatan</i>	Dose/ <i>Dosis</i>	Frequency/ <i>Frekuensi</i>	Duration/ <i>Lamanya</i>
Procedure (please give details of medical procedures if any) / <i>Prosedur (berikan rincian tentang prosedur-prosedur medis apabila ada)</i>			

D. FURTHER TREATMENT PLANNED/ RENCANA PERAWATAN SELANJUTNYA

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

E. OTHER INSURER'S DETAILS / RINCIAN LAINNYA TENTANG PENANGGUNG

Is the treatment accident related? <i>Apakah perawatan terkait dengan kecelakaan?</i> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak <input type="checkbox"/> (If you have answered 'yes', please give details of the accident) <i>(Apabila Anda menjawab 'ya', berikan data tentang kecelakaan.)</i>	Is it covered under another insurance policy ? <i>Apakah perawatan tersebut ditanggung oleh polis asuransi lainnya ?</i> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak <input type="checkbox"/>
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) <i>Apabila Anda menjawab 'ya' untuk salah satu pertanyaan di atas, berikan nama perusahaan asuransi yang terlibat. (Serahkan salinan bukti pelindungan/ tanda terima pembayaran klaim perusahaan asuransi lainnya tersebut)</i>	

E. PATIENT'S DECLARATION <i>PERNYATAAN PASIEN</i>	MEDICAL PRACTITIONER DECLARATION <i>PERNYATAAN DOKTER</i>
<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 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.</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 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.</i></p> <p>Tanda tangan / <i>Signature:</i> _____ Tanggal / <i>Date:</i> _____</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. <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>

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 <i>ADMINISTRASI UNTUK PEMBAYARAN KLAIM</i>
<p>Amount claimed / <i>Jumlah yang diklaim:</i></p>
<p>Please ensure that the amount claimed here is supported by original invoices and prescription. <i>Mohon pastikan bahwa jumlah yang diklaim sesuai dengan kuitansi asli dan resep.</i></p>
<p>Telegraphic bank transfer: (Bank details will be required if previously not declared in application form) <i>Transfer bank telegrafis (rincian data akan diperlukan bila sebelumnya tidak disebutkan di formulir permohonan)</i></p>
<p>Bank account no / <i>No. rekening bank:</i></p>
<p>Bank SWIFT code / <i>Kode SWIFT bank:</i></p>
<p>Name of bank / <i>Nama bank:</i></p>
<p>Bank address / <i>Alamat bank:</i></p>
<p>Payment will be made in the currency defined in your plan unless we agreed otherwise in writing. <i>Pembayaran akan dilakukan dalam mata uang sesuai plan Anda, kecuali kami menyetujui lain secara tertulis.</i></p>
<p>In which currency was the treatment originally billed? <i>Dalam mata uang apa tagihan asli dari perawatan?</i></p>
<p>Member's and patient's details / <i>Rincian anggota dan pasien</i></p>
<p>Patient's name and address / <i>Nama pasien dan alamat:</i></p>
<p>Telephone no. / <i>No. telepon:</i></p>
<p>Mobile no. / <i>No. telepon genggam:</i></p>
<p>Email address / <i>Alamat email:</i></p>

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 DI LUAR 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

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 pertanggungannya 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