

# Formulir Klaim *Reimbursement* (Rawat Inap dan Rawat Jalan) *Reimbursement Claim Form (In-Patient and Out-Patient)*

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

## Maestro Elite Care

Tanggal Diterima/  
*Date received:*

Diterima oleh/  
*Received by:*

Semua bagian dalam formulir ini wajib diisi dengan lengkap sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat.  
Terima kasih atas kerja samanya.  
*Please complete this form in full in order to assure a fast and accurate processing. All fields are compulsory. Thanks again for your cooperation.*

### A. ADMINISTRASI (Bagian A dilengkapi oleh tertanggung) / ADMINISTRATIVE (Section A to be completed by insured only)

Nama Pemegang Polis / <i>Policyholder:</i>		Polis no. / <i>Policy no.:</i>	
<b>RINCIAN PASIEN / PATIENT'S DETAILS</b>			
Nama Pasien / <i>Patient Name:</i>		Tanggal Lahir / <i>Date of Birth:</i>	
No. Identitas/Paspor / <i>ID/Passport No.</i>	Jenis Kelamin / <i>Gender.</i> (L/P) / (M/F)	Plan / <i>Plan.</i>	
Alamat / <i>Address:</i>		No. Telp. / <i>Contact Number.</i>	
Adakah riwayat konsultasi/rawat jalan/rawat inap dalam 2 tahun terakhir ini untuk kondisi tersebut, di rumah sakit ini atau fasilitas lainnya? <i>Any previous consultation/treatment/hospitalization in the last 2 years for this condition, in this hospital or any other facilities?</i>			
Jika ADA, mohon memberikan penjelasan di bawah ini / <i>If YES, please provide details below:</i>			
<u>Tanggal</u> <i>Date</i>	<u>Penyakit/Kelainan (rincian pengobatan)</u> <i>Disease/Disorder (details of treatment)</i>	<u>Dokter/Rumah Sakit</u> <i>Doctor/Hospital</i>	<u>Rincian Kontak</u> <i>Contact details</i>

### B. BAGIAN MEDIS (Bagian B dilengkapi oleh dokter) / MEDICAL SECTION (Section B to be completed by Physician)

Gejala yang muncul / <i>Symptoms presented</i>	Tanggal ketika pasien pertama kali menyadari akan adanya tanda atau gejala penyakit ini: <i>(Date the patient first became aware of any signs or symptoms for this condition):</i> dd / mm / yyyy	Tanggal pertama kali pasien mengunjungi dokter untuk gejala penyakit ini: <i>(Date on which the patient first presented to any doctor for this condition):</i> dd / mm / yyyy
Kondisi medis/diagnosa / <i>Medical condition/diagnosis</i>		
Pemeriksaan penunjang (uraikan jenis pemeriksaan penunjang yang diperlukan untuk menegaskan diagnosa) <i>Investigation (describe necessary investigations requested to define the diagnosis)</i>		

Jika klaim berhubungan dengan kehamilan, apakah kehamilan bersangkutan dengan pembuahan alami / *If claim is related to pregnancy, is pregnancy related to natural conception?*  
Ya / Yes  Tidak / No

Tanggal masuk & keluar RS / *Date of admission & discharge* : dd / mm / yyyy to dd / mm / yyyy

### C. PERAWATAN YANG DIBERIKAN / *TREATMENT ADVISED*

Obat-obatan / <i>Medicines</i>	Dosis / <i>Dose</i>	Frekuensi / <i>Frequency</i>	Selama / <i>Duration</i>
Tindakan Pembedahan (mohon berikan rincian jika ada tindakan medis yang dilakukan) / <i>Surgical Procedure (please give details of medical procedure if any)</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 ? / *Is this treatment related to accident?*  
Ya / Yes  Tidak / No   
(Kalau Anda menjawab 'ya', mohon berikan kronologis kecelakaan tersebut / *If you have answered 'yes', please give details of the accident.*)

Apakah pengobatan ini diasuransikan di perusahaan asuransi lain ? / *Is this treatment covered under another insurance policy?* Ya / Yes  Tidak / No

Jika Anda menjawab 'ya' pada salah satu dari dua pertanyaan ini, harap berikan nama perusahaan asuransi yang terkait. (Mohon ajukan salinan surat penyelesaian klaim/ voucher pembayaran perusahaan asuransi lain tersebut)  
*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):*

### PERNYATAAN DAN KUASA PASIEN/PEMANGGANG POLIS/PATIENT'S/POLICY HOLDER'S DECLARATION AND POWER OF ATTORNEY

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa / *I hereby declare and agree that :*

1. Saya telah membaca, mengerti, menjawab dan mengisi pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan sebenar-benarnya, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya.  
*I have read, understand, answer and fill in all the questions above with the honest truth, complete and in accordance with actual circumstances.*
2. 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 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.*
3. 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.  
*All information in this inpatient claim Form was written truthfully and I hereby agree that this Declaration and Power Attorney to be used promptly.*
4. Salinan/fotokopi dari pernyataan dan kuasa ini sama sah dan berlakunya sesuai dengan dokumen aslinya.  
*Copy of the Patient's Declaration is as valid and power in accordance with the original document.*
5. Saya memberi/tidak memberi kuasa kepada Agen Saya untuk membahas kondisi medis sebagaimana mestinya dengan pihak asuransi saya atau agen resmi saya  
*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*

Tanda tangan pemegang polis/*Signature of policyholder:* Tanggal / *Date:*

### PERNYATAAN DOKTER / *PHYSICIAN DECLARATION*

Saya menyatakan bahwa saya adalah dokter untuk pasien yang dimaksud, dan bahwa rincian yang diberikan adalah benar menurut apa yang paling saya ketahui.  
*I declare that I am the patient's medical practitioner, and that the particulars given are true and correct to the best of my knowledge.*

Nama / *Name:*

Stempel Rumah Sakit/Klinik / *Hospital/Clinic's Stamp:*

Tanda tangan / *Signature:*

Tanggal / *Date:*

Nomor Telepon / *Contact no:*

**WAJIB MELAMPIRKAN KELENGKAPAN DOKUMEN / MUST SUBMITTED WITH DOCUMENTS :**

- Formulir Klaim yang diisi lengkap (*asli*) / *Claim Form which is completely filled (original)*
- Rincian Biaya (*asli/legalisir/salinan*) / *Cost Detail (original/certified copy/copy)*
- Salinan Tes Diagnostik (Hasil Laboratorium, X-Ray, dll) / *Copy of the Diagnostic Test (Laboratory Result, X-Ray, etc)*
- Kwitansi Pembayaran Asli / *Original Payment Receipt*
- Salinan Resep / *Copy of prescription*
- Tax Invoice atau Original Receipt (untuk perawatan di luar negeri) / *Tax Invoice or Original Receipt (for overseas treatment)*

**F. ADMINISTRASI SPESIFIK TERHADAP REIMBURSEMENT KLAIM / ADMINISTRATIVE SPECIFIC TO REIMBURSEMENT CLAIMS**

Total klaim sebesar / *Amount claimed:*

Nama Pemilik Rekening: (DENGAN HURUF KAPITAL) / *Beneficiary name: (IN CAPITAL LETTERS)*

Transfer Bank: (Rincian bank mesti disertakan jika sebelumnya tidak dinyatakan dalam formulir permohonan)  
*Telegraphic bank transfer: (Bank details is required if previously not declared in application form)*

No. Rekening Bank / *Bank Account No.:*

Kode SWIFT Bank / *Bank SWIFT Code:*

Nama Bank / *Name of Bank:*

Alamat Bank / *Bank Address:*

Pembayaran akan dilakukan dalam mata uang yang ditetapkan dalam *Plan* Anda kecuali jika kami menyetujui sebaliknya secara tertulis.  
Dalam mata uang apakah pengobatan ini ditagih semulanya?  
*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?*

**Rincian peserta dan pasien / Member's and patient's details**

No. Telepon / *Telephone No.:*

Alamat / *Address:*

No. Handphone / *Mobile No.:*

Jika Anda memiliki pertanyaan tentang formulir ini atau aspek lain tentang plan ini, silakan menghubungi 24 Jam Layanan *Hotline Claim* dan Darurat di nomor +62 21 2927 9618 dengan memberikan nomor polis/anggota Anda.

Klaim harus diajukan beserta dokumen pendukung dalam waktu 90 (Sembilan puluh) hari sejak tanggal selesainya perawatan di Rumah Sakit. Kirimkan formulir klaim ini beserta dokumen pendukung kepada Departemen Klaim, PT AXA Financial Indonesia, AXA Tower Lt. 17, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia.

*If you have any questions regarding this form or any other aspects of the cover, please contact 24 Hours Claims and Emergency Hotline on +62 21 2927 9618 quoting your policy/membership numbers.*

*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.*