



Customer Care Centre
 AXA Tower Lt. GF
 Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18, Kuningan City
 Jakarta 12940, Indonesia
 Tel : 1500 733
 Fax : +62 21 3005 9008
 Email : customer@axa-insurance.co.id

Formulir Klaim SmartCare Executive

OneAXA

Penting

- Harap lengkapi formulir klaim ini dan lengkapi seluruh dokumen klaim merujuk pada Syarat Kelengkapan Dokumen pada halaman 2 sesuai dengan jenis klaim Anda
- Kirim ke Pengelola Program kami berikut ini dalam waktu paling lambat 30 hari setelah mendapatkan pelayanan kesehatan.
PT Administrasi Medika, Jl. Balikpapan Raya No. 11B, Kelurahan Petojo Selatan, Kecamatan Gambir, Jakarta Pusat 10160
UP. CLAIM DEPT. Tel. 1500 353 Fax. (+6221) 3483 0903

Data Peserta

Nama Peserta	:	Nomor Kartu Peserta	:
Tanggal Lahir	:	Plan	:
Jenis Kelamin	: <input type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Pekerjaan/Jabatan	:
Alamat	:	Telepon	:
	:		
Nama Perusahaan	:	Telepon	:
Alamat	:		
	:		

Untuk tujuan pembayaran klaim, mohon lengkapi data di bawah ini

Nama bank	:	Atas nama	:
Cabang	:	Nomor rekening	:
Jumlah yang ditagihkan	:		

Pernyataan Pemberian Kuasa dari Pasien

Bersama ini saya memberi kuasa yang tidak terbatas waktu kepada PT Asuransi AXA Indonesia dan pihak ketiga lainnya yang ditunjuk oleh pihak asuransi untuk mendapatkan segala keterangan/catatan medis lisan/tertulis dari rumah sakit atau pihak lain yang berkaitan dengan diagnosis, perawatan atau pelayanan yang diberikan kepada saya atau keluarga saya yang diperlukan untuk penyelesaian klaim asuransi saya sesuai hukum dan undang-undang yang berlaku. Foto copy Pernyataan dan Surat Kuasa ini sama absahnya dengan yang asli yang tidak dapat dicabut kembali selama berlangsungnya pelaksanaan Program **SmartCare Executive** ini. Saya menyatakan bahwa segala keterangan yang tercantum dalam formulir ini adalah benar.

 Nama & Tanda tangan

 Tempat & Tanggal (tgl/bln/thn)

RESUME MEDIS (Wajib diisi oleh Dokter yang merawat)

- Tanggal Pelayanan :/...../..... sampai/...../..... (tgl/bln/thn)
- No Registrasi Pasien :
- Nama Rumah Sakit/Klinik :
- Apakah RS/Klinik termasuk dalam list provider kami? Ya Tidak
- Jenis Pelayanan : Rawat Inap Rawat Jalan dokter umum Rawat Jalan dokter Spesialis
Rawat Jalan Gigi Kehamilan Optik (Khusus manfaat optik mohon diabaikan no. 4 s/d 9)
- Anamnesa :
- Pemeriksaan Fisik :
- Pemeriksaan Penunjang :
- Diagnosa :
- Tindakan/Therapy :
- Saran Pengobatan :

 Nama & tanda tangan dokter & stempel RS/Klinik

 Tempat & Tanggal (tgl/bln/thn)

Syarat Kelengkapan Dokumen

No	Persyaratan Dokumen	Tipe Klaim					
		Rawat Inap	Rawat Jalan	Kece lakaan	Santunan Tunai	Kematian	Koordinasi Manfaat
1	Formulir Pengajuan Klaim asli yang telah dilengkapi <i>(diisi oleh nasabah)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Resume Medis yang telah dilengkapi <i>(diisi oleh Dokter yang merawat, ditandatangani & distempel RS)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Fotokopi Hasil Pemeriksaan Laboratorium & Radiologi/Pemeriksaan Diagnostik lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
4	Kuitansi Asli disertai dengan rincian biaya perawatan & copy resep obat <i>(untuk nilai kuitansi Rp 1 juta keatas harus bermateri Rp6.000)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	-
5	Fotokopi Paspor <i>(jika berobat / meninggal diluar negeri)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-
6	Fotokopi Identitas diri Tertanggung/Peserta <i>(untuk Group)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Surat Kuasa Permintaan Data Medis	<input type="checkbox"/>	-	-	<input type="checkbox"/>	-	-
8	Fotokopi SIM dan Berita Acara Pemeriksaan dari Kepolisian <i>(hanya jika terjadi kecelakaan)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-
9	Fotokopi rincian biaya perawatan serta copy resep dan fotokopi hasil pemeriksaan diagnostik <i>(hanya jika ada koordinasi manfaat & HCP)</i>	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
10	Fotokopi bukti hubungan ketertarikan asuransi antara Tertanggung dengan Penerima Manfaat	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
11	Fotokopi Identitas diri Penerima manfaat/ahli waris <i>(untuk santunan kematian)</i>	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-
12	Surat Kuasa dari Penerima Manfaat jika Penerima Manfaat lebih dari satu orang/Surat Keterangan ahli waris	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-
13	Legalisir surat keterangan meninggal dunia dari Instansi yang berwenang	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-
14	Legalisir surat keterangan meninggal dunia dari Konsulat Jendral RI <i>(jika meninggal dunia di luar negeri)</i>	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-
15	Kronologi kematian <i>(jika meninggal dunia dirumah/dalam perjalanan ke rumah Sakit)</i>	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-
16	Surat Kuasa Rekening Bank <i>(jika pemilik rekening bukan penerima manfaat)</i>	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-
17	Surat Keputusan dari Instansi yang berwenang yang menyatakan Tertanggung telah meninggal dunia, apabila Tertanggung hilang dalam suatu musibah	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-
18	Hasil Visum Repertum dan Berita Acara Pemeriksaan dari Kepolisian setempat <i>(jika meninggal dunia karena kecelakaan)</i>	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-
19	Kuitansi Asli selisih biaya perawatan <i>(hanya jika ada koordinasi manfaat dan untuk nilai kuitansi Rp 1 juta keatas harus bermateri Rp6.000)</i>	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>
20	Surat pernyataan dengan perincian pembayaran klaim dari Asuransi lain/BPJSK <i>(hanya jika ada koordinasi manfaat)</i>	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>

Catatan: Wajib Dilengkapi
 - Tidak Wajib Dilengkapi

Untuk klaim dengan nominal sampai dengan Rp. 1 juta dapat diajukan melalui WA di nomor 0815 8670 7637 atau aplikasi MyAXA Health. untuk keterangan lebih lanjut silahkan hubungi Customer Care kami.