



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

Formulir Klaim / *Claim Form*

Santunan Harian Rumah Sakit / *Hospital Cash Plan*

Formulir ini digunakan untuk pelayanan di Rumah Sakit dan harus diserahkan dalam waktu 30 hari setelah pelayanan kesehatan beserta dengan kuitansi asli berikut lampiran copy resep, pemeriksaan labotarium, dan lain-lain yang terkait selama perawatan dari semua biaya pelayanan kesehatan. Harap lengkapi formulir klaim ini selengkap mungkin. Jika ada kotak pilihan (), harap beri tanda ().

This form is used for non hospital/clinic providers and for other benefits using reimbursement system. Clients must submit this form within 30 days after discharged from hospital or medical treatment, including original receipts, copy of prescription, labotarium tests, and other payment related to necessary medical treatment expensive. Please complete this claim form. Wherever tick boxes () appear, please tick () as appropriate.

Persyaratan pengajuan claim / *Requirement document claims* :

1. Formulir klaim yang diisi dengan lengkap dan benar, diberi cap rumah sakit/ klinik serta tanda tangan dokter yang merawat / *Claim Form filled completely dan correctly, stamped by the hospital/ clinic and the signature of the treating doctor*
2. Fotokopi identitas/ *Copy of ID*
3. Fotokopi perincian biaya perawatan/ *Copy of details breakdown of treatment fee*
4. Fotokopi resep obat/ *Copy of prescriptions*
5. Fotokopi hasil pemeriksaan diagnostik/ *Copy of diagnostic examination resul*
6. Fotokopi resume medis/ *Copy of medical resume*
7. Dokumen lain (apabila diperlukan)/ *others document (if needed)*

Keterangan Peserta *Personal Data*

Nama Peserta :
Insured Name

Tanggal Lahir :
Date of Birth

Jenis Kelamin : Laki-Laki / *Male*
Gender Perempuan / *Female*

Pekerjaan / Jabatan :
Job / Title

Alamat :
Address

Telepon :
Telephone

Keterangan Klaim *Claim Information*

1. Uraikan secara singkat kondisi penyakit / kecelakaan sehingga menjalani perawatan ke Rumah Sakit
Please state briefly the circumstances necessitating the hospital treatment

2. Tanggal pertama kali gejala penyakit / kecelakaan tersebut terjadi (tgl/bln/thn)
Date of first the illness or injury occured (dd/mm/yyyy)

_____/_____/_____



Pembayaran Klaim / Claim Payment

Untuk tujuan pembayaran klaim mohon lengkapi data di bawah ini
For claim payment purposes, please complete the data below

Nama Bank :
Bank Name

Cabang :
Branch

Atas Nama :
In the name of

Nomor Rekening :
A/C.No.

2. Keluhan yang dirasakan
Symptoms :
3. Apakah sebelumnya peserta pernah konsultasi dengan dokter untuk penyakit yang sama ?
Has the claimant ever seen a doctor for this or any similar condition in the past ?
 Ya / Yes Tidak / No
Jika Ya, tanggal konsultasi ____/____/____
If Yes, consultation date

*Nama & Alamat Dokter, ama Rumah Sakit
Name & address of doctor and name of the hospital*

4. Periode perawatan di Rumah Sakit
Period of treatment in the Hospital
Tanggal Masuk ____/____/____
Admission Date
Tanggal Keluar ____/____/____
Discharge Date

6. Apakah Anda juga mengajukan kompensansi ke perusahaan lain atas penyakit / kecelakaan ini ?
Are you submit claim to other insurance for this illness or injury ?

 Ya / Yes Tidak / No
Jika Ya, sebutkan Nama dan Alamat Perusahaan
If Yes, please state the name of company

Pernyataan Kuasa Declaration and Authorization

Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh keterangan yang diberikan adalah benar dan sah.
I HEREBY DECLARE that the above information is true and complete to the best of my knowledge and belief.

Saya memberikan kuasa tidak terbatas kepada perusahaan tempat saya bekerja, dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi organisasi atau perorangan untuk yang mengetahui keadaan atau kesehatan saya untuk mengungkap setiap dan semua informasi kepada PT AXA Insurance Indonesia atau mereka yang mewakilinya.
I hereby authorise any hospitals, clinics, and other medical institutions, doctors, insurance companies that know and have any records or information to provide those records and or information to PT AXA Insurance Indonesia. The copy of this letter of authority has the same meaning as the original version.

*Nama & tanda tangan pengaju klaim
Name & Signature of the insured*

*Tempat
Place*

____/____/____
*Tanggal/Bulan/Tahun
Date/Month/Year*

Surat Keterangan Dokter
Attending Physician's Statement

1. Tanggal pertama kali peserta konsultasi sehubungan dengan penyakit / kecelakaan yang diderita ___/___/___
Date of first consultation concerning the illness or injury

2.

a. Keluhan :
Symptoms:

b. Sudah berapa lama keluhan tersebut diderita pasien :
How long has the patient been suffering from that symptoms

3.

Diagnosa Penyakit / Kecelakaan	Kode ICD X
<i>Diagnosa of Illness / Injury</i>	<i>X ICD Code</i>

4. Pemeriksaan Fisik
Physical Examination

5. Pemeriksaan Tunjangan :
Diagnostic Tests

6. Apakah diagnosa pada 3 point diatas
If the diagnosis of 3 point above :

a. Merupakan kelainan bawaan ?
A congenital disease

b. Disebabkan kehamilan ?
Due to pregnancy

c. Merupakan komplikasi penyakit lain ?
A complication from other illness / injury ?

Jika Ya, sebutkan nama penyakit dan sejak kapan diderita

If Yes, please state the diagnosis and the date of diseases occurred

7. Pengobatan
Therapy



8. Apakah Pasien menderita penyakit lain ? Jika Ya, sebutkan diagnosanya
If the Patient suffered from other illness ? If Yes, please state the diagnosis

9. Saran Pengobatan
Medical Advice

10. Prognosa
Prognoses

Demikian saya menyatakan bahwa seluruh jawaban di atas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan saya
I declare that the above information is true and complete to the best of my knowledge and belief

Nama & tanda tangan pengaju klaim
Name & Signature of the insured

Tempat
Place

____/____/____
Tanggal/Bulan/Tahun
Date/Month/Year