



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 SmartCare Executive Claim Form SmartCare Executive

**Fullerton Health
Indonesia**

Formulir klaim ini bukan merupakan pengakuan tanggung jawab, silakan gunakan formulir klaim terpisah untuk setiap perawatan yang berbeda.

This claim form is not an admission of liability, please use a separate claim form for each separate admission.

Catatan Penting / Important Note:

- Formulir ini harus diisi oleh Pemegang Polis dan/ atau Tertanggung. Harap pastikan bahwa tanda tangan Anda sesuai dengan tanda tangan yang diberikan. Agar kami dapat memproses klaim Anda dengan segera, harap pastikan bahwa formulir telah diisi dengan lengkap.
This form is to be completed by the Policy holder and/ or insured. Please ensure that your signature tallies with the signature that is provided to our Company. To enable us to process your claim promptly, please ensure that the form is fully completed.
- Klaim harus diserahkan beserta semua dokumen pendukung dalam waktu 30 hari kalender sejak tanggal pengobatan selesai.
Claims must be submitted along with all supporting documents within 30 calendar days from the date of treatment completed.
- Kirimkan formulir klaim ini bersama dengan semua dokumen pendukung ke **Fullerton Health Indonesia-CIBIS Nine (CIBIS Business Park), Building 5th Floor, Jl. TB Simatupang No. 2 Rt.001 Rw. 05, Kelurahan Cilandak Timur Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan 12560. UP: CLAIM DEPT. Tel (+62 21) 2997 8997 Fax (+62 21) 2997 8955.**
Send this claim form together with all supporting documents Fullerton Health Indonesia-CIBIS Nine (CIBIS Business Park), Building 5th Floor, Jl. TB Simatupang No. 2 Rt.001 Rw. 05, Kelurahan Cilandak Timur Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan 12560. UP: CLAIM DEPT. Tel (+62 21) 2997 8997 Fax (+62 21) 2997 8955.
- Kami berhak meminta informasi atau dokumen tambahan jika diperlukan.
We reserve our rights to request additional information or documents if needed.
- Semua dokumen klaim harus dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris. Jika perlu diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris, maka penerjemahan harus dilakukan oleh penerjemah tersumpah atas biaya dari pemegang polis.
All claim submission documents must be in Indonesian or English. If it is necessary to translate into Indonesian or English, the translation must be carried out by a sworn translator at the expense of the policyholder.

Data Peserta / Personal Data

Nama Peserta : Nomor Kartu Peserta :
Insured's Name Member's Card No

Tanggal Lahir : Jenis Kelamin : Pria Wanita
Date of Birth Gender Male Female

Nama Perusahaan : ** Nomor Telepon :
Company Name Telephone No

Note: ** Tidak Wajib Diisi
** Not Mandatory

Detail Penanggung Lainnya / Other Insurer's Details

Apakah Anda memiliki manfaat asuransi medis lain dengan perusahaan asuransi lain? Ya Tidak
Do you have other medical insurance plans with other insurance companies? Yes No



Jika "Ya", harap sebutkan No. Polis, Tanggal Mulai Berlaku dan Nama Penanggung.
If "Yes", please state the Policy No., Commencement date and the Insurer Name.

No. Polis Policy No.	Tanggal Mulai Berlaku Commencement date	Nama Penanggung Insurer Name

Apakah klaim telah diajukan kepada Penanggung di atas?
Has a claim been submitted with the above Insurers?

Ya
Yes

Tidak
No

Jika Anda menjawab 'Ya' untuk salah satu dari pertanyaan ini, sebutkan nama perusahaan asuransi terkait yang terlibat (Mohon kirimkan salinan surat pelunasan klaim/voucher pembayaran dari perusahaan asuransi lain)

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)

Untuk pengajuan klaim *reimbursement*, pembayaran manfaat klaim akan di transfer ke rekening bank yang sudah didaftarkan pada saat penutupan polis. Jika terdapat perubahan data rekening, maka perubahan tersebut dapat diajukan melalui pengisian Formulir Endorsement.

For reimbursement claims submission, claims payment will be transferred to the bank account that has been registered at the time of policy issuance. If there is a change in bank account data, the change can be submitted by filling out the Endorsement Form.

Pernyataan Pemberian Kuasa dari Pasien

Bersama ini saya memberi kuasa yang tidak terbatas waktu kepada Pengelola Program untuk mendapatkan segala keterangan/catatan medis lisan/tertulis dari rumah sakit atau pihak lain sehubungan dengan diagnosis, perawatan atau pelayanan yang diberikan kepada saya atau keluarga saya. Saya setuju untuk memberikan data catatan medis kami kepada Pengelola Program **SmartCare Executive** untuk keperluan medis & administrasi. 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.

Statement of Authorization from the Patient

I hereby authorize the Administrator Program without any time limit to release any information/medical records from hospital/clinic providers or other party acquired during my examination or treatment or my family's medical history according to the applicable law and regulation. I agree to provide my medical records to **SmartCare Executive Program Administrator** for medical and administration purposes. Copy of this statement and letter of authority has the same validity with its original which is irrevocable during the enforcement of this **SmartCare Executive Program**. I declare that the best of my knowledge and belief, all information under this true and correct.

Nama & Tanda tangan
Name & Signature

Tempat & Tanggal (tgl/bln/thn)
Place & Date (D/M/Y)



Resume Medis (Wajib diisi oleh Dokter yang merawat)
Medical Resume (must be completed by Physician)

1. Tanggal Pelayanan :/...../..... Sampai/...../..... (tgl/bln/thn)
Date of Treatment To (dd/mm/yy)
2. No Registrasi :
Registration No.
3. Nama Rumah Sakit/Klinik :
Name of Hospital/Clinic
4. Jenis Pelayanan : Rawat Inap / *Inpatient*
 Rawat Jalan dokter umum / *Outpatient General Consultation*
 Rawat Jalan dokter Spesialis / *Outpatient Specialist Consultation*
 Rawat Jalan Gigi / *Dental Consultation*
 Kehamilan / *Maternity*
 Optik (*Khusus manfaat optik mohon diabaikan no. 4 s/d 9*) /
Optical (For optical benefit, please ignore item no. 4 till 9)
5. Gejala :
Symptoms
6. Pemeriksaan Fisik :
Physical Check Up
7. Pemeriksaan Diagnostik :
Diagnostic Examination
8. Diagnosa :
Diagnosis
9. Tindakan :
Therapy
10. Saran Pengobatan :
Medical Advice

Nama, tanda tangan dokter, dan stempel RS/Klinik
Physician's name, signature, and Hospital/Clinic stamp

Tempat & Tanggal (tgl/bln/thn)
Place & Date (DD/MM/YY)

Syarat Kelengkapan Dokumen Klaim / Claim Documents Requirement

No	Kelengkapan Dokumen Document Requirement	Tipe Klaim Claim Type					
		Rawat Inap Inpatient	Rawat Jalan Outpatient	Kecelakaan Accident	Santunan Tunai Hospital Cash	Kematian Death	Koordinasi Manfaat Coordination Benefit
1	Formulir pengajuan klaim asli yang telah dilengkapi (diisi oleh nasabah) <i>Original completed form (filled by client)</i>	√	√	√	√	√	√
2	Resume medis yang telah dilengkapi (diisi oleh Dokter yang merawat, ditandatangani, dan distempel RS) <i>Completed medical resume (filled by treating doctor, signed, and stamped by Hospital)</i>	√	√	√	√	√	√
3	Fotokopi hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi/pemeriksaan diagnostik lainnya <i>Copy of laboratory examination result and radiology/other diagnostic examination</i>	√	√	√	√	√	X
4	Kwitansi asli disertai dengan rincian biaya perawatan dan salinan resep obat (untuk nilai kwitansi Rp 5 juta keatas harus bermaterai Rp 10.000,-) <i>Original receipt with detail of medication fee, treatment fee, copy of prescriptions (for the claim amount Rp 5 mio and above must be stamp Rp 10.000,-)</i>	√	√	√	√	√	X
5	Fotokopi paspor disertai dengan cap imigrasi tanggal keberangkatan dan kedatangan (jika berobat/ meninggal di luar negeri) <i>Photocopy of passport with immigration stamps of departure and arrival date (if receiving treatment/dying abroad)</i>	√	√	√	X	√	X
6	Fotokopi identitas diri tertanggung atau peserta <i>Copy of insured or participant ID card</i>	√	√	√	√	√	√
7	Surat kuasa permintaan data medis <i>Power of attorney to request medical data</i>	√	X	X	√	X	X
8	Fotokopi SIM dan berita acara pemeriksaan dari kepolisian (hanya jika terjadi kecelakaan) <i>Copy of driver license and investigation report from the local police (if an accident)</i>	√	√	√	X	√	X
9	Fotokopi bukti hubungan keterikatan asuransi antara tertanggung dengan penerima manfaat <i>Copy of insurable interest between insured and beneficiary(s)</i>	X	X	X	√	√	X
10	Fotokopi identitas diri penerima manfaat/ahli waris (untuk santunan kematian) <i>Copy of beneficiary(s) ID (only for death claim allowance)</i>	X	X	X	X	√	X
11	Surat kuasa dari penerima manfaat jika penerima manfaat lebih dari satu orang/surat keterangan ahli waris <i>Power of attorney from beneficiaries if beneficiaries more than one person/certificate of heirs</i>	X	X	X	X	√	X

12	Legalisir surat keterangan meninggal dunia dari instansi yang berwenang <i>Legalized of death certificate from authorized institution</i>	X	X	X	X	√	X
13	Legalisir surat keterangan meninggal dunia dari Konsulat Jendral RI (jika meninggal dunia di luar negeri) <i>Legalized of death certificate from General Consul of RI (if dies at overseas)</i>	X	X	X	X	√	X
14	Kronologi kematian (jika meninggal dunia dirumah/dalam perjalanan ke rumah sakit) <i>Chronology of death (if dies at home or when go to hospital)</i>	X	X	X	X	√	X
15	Surat kuasa rekening bank (jika pemilik rekening bukan penerima manfaat) <i>Bank account power of attorney (if the account owner is not the benefit receiver)</i>	X	X	X	X	√	X
16	Surat keputusan dari instansi yang berwenang yang menyatakan tertanggung telah meninggal dunia, apabila tertanggung hilang dalam suatu musibah <i>Insured death of certificate which has been authorized by legal institution, states the insured has been died, if the insured was miss in accident</i>	X	X	X	X	√	X
17	Hasil visum repertum dan berita acara pemeriksaan dari kepolisian setempat (jika meninggal dunia karena kecelakaan) <i>Result visum repertum and investigation report from local police (if dies due to accident)</i>	X	X	X	X	√	X
18	Kwitansi asli selisih biaya perawatan (hanya jika ada koordinasi manfaat dan untuk nilai kwitansi Rp 1 juta keatas harus bermaterai Rp 10.000,-) <i>Original receipt of the excess of the treatment (only if there is a coordination of benefit and for claim amount Rp 1 mio and above must be stamp Rp 10.000,-)</i>	X	X	X	X	X	√
19	Surat pernyataan dengan perincian pembayaran klaim dari asuransi lain/BPJSK (hanya jika ada koordinasi manfaat) <i>Statement letter with detail of claim payment from another insurer/BPJSK (only for coordination of benefit)</i>	X	X	X	X	X	√

Note: (√) Wajib Dilengkapi / Required
(X) Tidak Wajib Dilengkapi / Not Required

Untuk klaim dengan nominal sampai dengan Rp. 5 juta dapat diajukan melalui aplikasi Emma. Untuk keterangan lebih lanjut silahkan hubungi Customer Care kami di 021 – 1500 733
For claims amount up to Rp. 5 million can be submitted through Emma. For further information, please contact our Customer Care at 021 – 1500 733.