



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:
E-mail 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 03/17)

B. MEDICAL SECTION/ *BAGIAN MEDIS*

Symptoms presented

Gejala-gejala yang muncul :

Date the patient first became aware of any signs or symptoms for this conditions

Tanggal pada saat pasien pertama kali menyadari adanya tanda atau gejala apa pun dari kondisi ini:

dd/mm/yyyy / tanggal/ bulan/ tahun

Date on which the patient first presented to any doctor for this conditions:

Tanggal pada saat pasien pertama kali dibawa ke ke dokter mana pun karena adanya kondisi ini:

dd/mm/yyyy / tanggal/ bulan/ tahun

Medical conditions/diagnosis / *Kondisi/ diagnosa medis:*

Investigation (describe necessary investigation requested to define the diagnose)

Penyelidikan (uraikan penyelidikan-penyelidikan yang diperlukan yang diminta untuk menjelaskan diagnosa ini)

If claim is related to pregnancy, is pregnancy related to natural conception?

Apabila klaim terkait dengan kehamilan, apakah kehamilan terkait dengan pembuahan alami?

Yes / Ya

☐

No / Tidak

☐

C. TREATMENT ADVICE/ *SARAN PERAWATAN*

Drugs/*Obat-obatan*

Dose/*Dosis*

Frequency/*Frekuensi*

Duration/*Lamanya*

Procedure (please give details of medical procedures if any) / *Prosedur (berikan rincian tentang prosedur-prosedur medis apabila ada)*

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?

Apakah perawatan terkait dengan kecelakaan?

Yes / Ya

☐

No / Tidak

☐

(If you have answered 'yes', please give details of the accident)

(Apabila Anda menjawab 'ya', berikan data tentang kecelakaan.).

Is it covered under another insurance policy ?

Apakah perawatan tersebut ditanggung oleh polis asuransi lainnya ?

Yes / Ya

☐

No / Tidak

☐

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)

Apabila Anda menjawab 'ya' untuk salah satu pertanyaan di atas, berikan nama perusahaan asuransi yang terlibat.

(Serahkan salinan bukti pelunasan/ tanda terima pembayaran klaim perusahaan asuransi lainnya tersebut)

G. MEDICAL PROVIDERS DETAILS / *RINCIAN RUMAH SAKIT*

Name of medical provider / <i>Nama rumah sakit:</i>	Telephone no./ <i>No. telepon:</i>
Address of medical provider / <i>Alamat rumah sakit:</i>	Fax no./ <i>No. fax:</i>

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 pertanggungan 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 pertanggungan 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