Nomor polis *Policy number*																		

FORMULIR KLAIM REIMBURSEMENT ASURANSI KESEHATAN PROTEKSI EKSTRA

Catatan:
- Semua bagian dalam formulir wajib diisi dengan lengkap sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat.
- Setiap koreksi penulisan/pengisian dalam bentuk catatan atas formulir wajib ditandatangani/paraf oleh Pemegang Polis.
- Mohon untuk tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong/atau tidak terisi.
- Klaim baru dapat diproses setelah dokumen lengkap dan benar kami terima (termasuk dokumen tambahan jika diperlukan).
- Kadaluarsa klaim 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak tanggal kuitansi pelayanan diberikan oleh Provider/Fasilitas Kesehatan.

Service Level Agreement (SLA) pembayaran klaim10 (sepuluh) hari kerja setelah dokumen diterima lengkap dan benar.

Jenis Klaim ☐ Santunan Hospital Cash Plan ☐ Ambulans

Ceklist Dokumen Standar Pengajuan Klaim Kesehatan

Santunan Hospital Cash Plan	Ambulans
☐ Formulir Pengajuan Klaim yang disediakan oleh Penanggung dan telah diisi lengkap dan benar oleh Pemegang Polis, Tertanggung dan/atau Penerima Manfaat.	☐ Formulir Pengajuan Klaim yang disediakan oleh Penanggung dan telah diisi lengkap dan benar oleh Pemegang Polis, Tertanggung dan/atau Penerima Manfaat.
☐ Salinan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).	☐ Kuitansi asli bermaterai sesuai ketentuan Kementerian Keuangan atau bukti pembayaran sah lainnya yang diterbitkan oleh pemberi layanan kesehatan dan distempel beserta Diagnosa dan rincian pelayanan.
☐ Luaran grouper INA-CBG's atau surat keterangan dari Rumah Sakit yang menerangkan penjaminan BPJS Kesehatan yang memuat informasi: Diagnosa, tanggal masuk, dan tanggal keluar.	☐ Resume medis atau surat keterangan Diagnosa dari Dokter yang merawat.
☐ Surat keterangan atau dokumen lainnya yang dianggap perlu oleh Penanggung yang berkaitan dengan pengajuan klaim.	☐ Surat keterangan atau dokumen lainnya yang dianggap perlu oleh Penanggung yang berkaitan dengan pengajuan klaim.

A. DATA PEMEGANG POLIS/TERTANGGUNG

Nama Pemegang Polis	
Nomor NIK	
Nomor Telepon	
Alamat Surat Elektronik (email)	
Nama Tertanggung	Pastikan nama Tertanggug sesuai yang terdaftar di dalam Polis
Tanggal Lahir (dd-mm-yyyy)	- -
Jenis Kelamin	☐ Laki-Laki ☐ Perempuan
Nomor Kartu BPJS Kesehatan	

B. INFORMASI PERAWATAN/PEMAKAIAN AMBULANS

Tanggal perawatan (jika rawat inap)	- - s.d - -
Tanggal Pemakaian Ambulans	- -
Nama Fasilitas Kesehatan	
Nomor Telepon	
Kronologi apabila berhubungan dengan kecelakaan dan/atau kronologi pemakaian ambulans	

PT AXA Mandiri Financial Services
AXA Tower Lt. 9, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
Telp:1500803 www.axa-mandiri.co.id

C. INFORMASI ASURANSI LAINNYA

Apakah Anda memiliki asuransi lain? ☐ Ya ☐ Tidak Nama Perusahaan Asuransi (jika ada)

D. INFORMASI REKENING *(d*iisi apabila pembayaran premi menggunakan kartu kredit)

Nama Pemilik Rekening

Nomor Rekening Bank

Nama Bank

Pencairan dana klaim hanya dapat ditransfer ke rekening yang digunakan untuk pendebetan Premi

E. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS/TERTANGGUNG

Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami memiliki kewajiban untuk bertindak dengan itikad terbaik (*utmost good faith*) dalam (i) pengajuan permohonan asuransi, permohonan Pemulihan Polis, permohonan Perubahan Polis, dan/atau permohonan lainnya terkait polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya); dan (ii) pengajuan klaim Manfaat Asuransi ("**Permohonan Konsumen**"). Oleh karena itu, Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami wajib, dan telah mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan atau fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan PT AXA Mandiri Financial Services (**"Penanggung"**) dalam menerima atau menolak suatu Permohonan Konsumen dan/atau menetapkan jumlah Premi.
2. Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya/Kami berikan ("**Informasi Konsumen**") dalam surat permohonan penutupan asuransi termasuk namun tidak terbatas pada, Surat Permintaan Asuransi Kesehatan (SPAK), formulir Pemulihan Polis, formulir Perubahan Polis, formulir Klaim Manfaat Asuransi serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang diisyaratkan oleh Penanggung ("**Dokumen Permohonan**") sebagai bagian dari pengajuan Permohonan Konsumen adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya/Kami sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja.
3. Apabila Informasi Konsumen tersebut dalam butir 2 (dua) ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang Saya/Kami sembunyikan, dengan menandatangani formulir Klaim ini, Saya/Kami SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika Penanggung melakukan hal-hal berikut ini:
   a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
   b. Membatalkan Polis secara keseluruhan, dengan pengembalian premi yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya pemeriksaan kesehatan, Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
   c. Mengakhiri Polis secara keseluruhan, tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan.
   d. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan Manfaat Asuransi, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi yang harus dibayar; dan/atau
   e. Menagih kekurangan Premi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Premi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Penanggung juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya/Kami wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi.
4. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya/Kami dengan ini menegaskan bahwa:
   a. Penandatanganan formulir Klaim ini oleh Saya/Kami merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Penanggung jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 3 (tiga).
   b. Saya/Kami setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.
5. Saya/Kami senantiasa menjamin untuk merahasiakan dan tidak akan menggandakan, mengungkapkan maupun menyebarluaskan setiap dan segala informasi pribadi Saya/Kami yang berhubungan dengan termasuk hubungan hukum yang didasarkan atas pengajuan pada dokumen/formulir ini antara Saya/Kami dan Penanggung kepada pihak manapun melalui media apapun.
6. Segala risiko yang timbul sehubungan dengan pengajuan pada formulir ini sepenuhnya merupakan tanggung jawab Saya/Kami dan Saya/Kami membebaskan Penanggung dari segala tanggung jawab, gugatan, kerugian, dan/atau tuntutan dalam bentuk apapun di kemudian hari dari pihak manapun termasuk Saya/Kami atas pengajuan Formulir ini, kecuali yang diakibatkan keasalahan dan/atau kelalaian Penanggung.

F. KUASA PEMEGANG POLIS/TERTANGGUNG

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

1. Saya/Kami setuju memberikan kuasa kepada Penanggung untuk meminta semua keterangan, informasi, dokumen, dan ringkasan/catatan medis ("Informasi") mengenai Saya/Kami kepada tenaga medis, dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, sarana pelayanan kesehatan, Penanggung asuransi, Penanggung reasuransi, badan hukum, instansi, atau perorangan, organisasi atau pihak lain ("Pemegang Informasi") yang mempunyai informasi Saya/Kami, dan Saya/Kami dengan ini memberikan ijin dan kuasa kepada Pemegang Informasi untuk memberikan Informasi kepada Penanggung dalam rangka proses klaim dan pelayanan nasabah.
2. Saya/Kami setuju dan mengijinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi, keterangan, atau data-data Saya/Kami yang diperoleh dan/atau dimiliki Penanggung kepada pihak ketiga (termasuk tapi tidak terbatas pada Penanggung asuransi, reasuransi, bank, group, dan afiliasi dari Pemegang Saham, serta pihak lain) yang bekerja sama dengan Penanggung baik di dalam atau luar negeri dalam rangka, termasuk tapi tidak terbatas pada pelayanan nasabah, proses klaim, dan/atau penawaran produk.

Perbarui Data Anda Segera	**Pemegang Polis**
Agar kami dapat melayani Bapak/Ibu dengan lebih baik, mohon agar Bapak/Ibu dapat melakukan pengkinian data diri jika terdapat perubahan dari data sebelumnya, seperti nomor telepon, nomor handphone, alamat rumah/kantor, maupun alamat e-mail. **Pengkinian data dapat dikirimkan kepada kami melalui e-mail ke customer@axa-mandiri.co.id atau melalui Customer Care Centre (CCC) 1500-803 maupun mengunjungi layanan Customer Care Centre (CCC) AXA Tower GF, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18 Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia**	**Nama Jelas & Tanda tangan** (jika pemegang polis berhalangan dapat digantikan dengan penerima manfaat)