



(Diisi oleh petugas/officer use only)

Tanggal Dokumen Diterima
Date of Received
DD/MM/YY

Formulir Klaim Nasabah Customer Claim Form

Diisi oleh Pemegang Polis/Tertanggung (filled by Policy Holder/Insured)

- Mandiri Kesehatan Global**
 Telp : +62 21 2927 9668
 Fax : +62 21 3483 0899
 Email : kesehatan.global@axa-mandiri.co.id
- Mandiri Kesehatan Prima**
 Telp : +62 21 2927 9614
 Fax : +62 21 3483 0899
 Email : kesehatan.prima@axa-mandiri.co.id
- Mandiri Kesehatan Optima**
 Telp : +62 21 2927 9614
 Fax : +62 21 3483 0899
 Email : kesehatan.optima@axa-mandiri.co.id

- Rawat Inap/Inpatient**
 Rawat Jalan/Outpatient
 Perawatan Gigi/Dental Care
 Kehamilan/Pregnancy

Isi dengan tanda (✓) pada kotak sesuai pilihan/fill in the box with (✓)

Semua bagian dalam formulir ini wajib diisi dengan lengkap sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat.

Please complete this form to ensure fast and accurate processing. All fields are compulsory

Setiap koreksi penulisan/pengisian dalam bentuk catatan atas formulir ini wajib ditandatangani oleh Pemegang Polis/Tertanggung.

Any correction s made to this form must be signed by the Policyholder/Insured.

Kelengkapan Dokumen Required Documents	Lingkari Jenis Dokumen Diterima (Circle the Type of Document Received)
Dokumen ASLI (Original Documents) ▪ Formulir Klaim (Original Claim Form) ▪ Surat Keterangan Dokter (Original Doctor Statement) ▪ Kuitansi/Bukti Pembayaran Asli (Receipt/Original Invoice) ▪ Surat Pernyataan apabila telah mendapat pertanggungn dari Asuransi Lain, jika ada (Other Insurance Company Claim Settlement Letter, if any)	A A A A
Dokumen ASLI/Salinan Legalisir/Salinan (Original Documents/Legalized/Copy) ▪ Dokumen Pendukung Perincian (Supporting Documents) - Biaya perawatan termasuk biaya kamar rawat inap (Detail hospitalization charges incl. room & board) - Hasil pemeriksaan laboratorium & diagnostik (Detail laboratory & diagnostic result) - Obat-obatan & alat kesehatan (Detail drugs & medical equipments)	A / LS / S A / LS / S A / LS / S
Catatan (Note) Informasi tanggal diisi dengan format Hari/Bulan/Tahun (Date related information should be completed using the format of Days/Months/Year)	A : Asli/Original LS : Legalisir/Legalized S : Salinan/Copy

1. ADMINISTRASI (dilengkapi oleh Pemegang Polis)/ADMINISTRATIVE (to be completed by Policy Holder)

No. Polis/Policy No. :

Nama Pemegang Polis
Name of Policy Holder :

2. RINCIAN TERTANGGUNG/INSURED DETAILS

Nama Tertanggung/Insured
Name :

Tanggal lahir/Date of birth : / /

No. Identitas/Paspor/
ID/Passport No. :

Alamat Rumah/
Home Address :

Alamat Surat Elektronik/
E-mail :

No.Telp./Telephone :

3. INFORMASI DOKTER DAN RUMAH SAKIT/DOCTOR AND HOSPITAL DETAILS

Dokter yang merujuk (jika ada)/ Referring Doctor (if any)	Dokter yang merawat/ Treating Doctor	Diisi apabila ada rawat inap/ For hospitalization only
Tanggal perawatan/Date of treatment DD/MM/YY	Tanggal perawatan/Date of treatment DD/MM/YY	Tanggal masuk perawatan/ Date of admission DD/MM/YY
Nama Dokter/Name of Doctor	Nama Dokter/Name of Doctor	Tanggal keluar perawatan/ Date of discharge DD/MM/YY
Alamat Dokter/Address of Doctor	Alamat Dokter/Address of Doctor	Nama & Alamat Rumah Sakit/ Name & Address of admitting hospital
Nomor Telepon Dokter/ Telephone number of Doctor	Nomor Telepon Dokter/ Telephone number of Doctor	

4. INFORMASI MEDIS/MEDICAL DETAILS

Gejala-gejala/Symptoms
Tanggal gejala penyakit pertama kali dirasakan : DD/MM/YY Date of first symptoms sensed :
Perawatan dan Pengobatan yang diterima/Treatment received
Apakah Anda pernah menerima perawatan/pengobatan atas kondisi atau kondisi yang berhubungan dengan kondisi ini sebelumnya? Have you received any treatments for this condition or any related condition previously? <input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No Jika 'ya' mohon dijelaskan/If 'yes' please give details Tanggal Date : DD/MM/YY Nama dan alamat Dokter yang merawat/Treating doctor name and address Perawatan dan Pengobatan yang diterima/Treatment received

5. PENYEBAB RAWAT INAP/INPATIENT CAUSE :

Kecelakaan/Accident : <input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No Jika 'ya' tanggal kecelakaan/If 'yes' date of accident DD/MM/YY □□ / □□ / □□□□	Kehamilan/Pregnancy : <input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No Jika 'ya', apakah kehamilan tersebut merupakan proses kehamilan normal? If 'yes' is the pregnancy as a result of natural Pregnancy? <input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No
---	--

6. INFORMASI LAIN TERTANGGUNG/OTHER INSURED DETAILS :

Apakah Tertanggung memiliki pertanggungan di Asuransi lainnya? *Is the Insured covered under another insurance policy?*

Ya / Yes Tidak / No

Jika 'ya' apakah nama Perusahaan Asuransinya?
If 'yes', Describe the Insurance company name?

7. PERINCIAN PEMBAYARAN/PAYMENT DETAILS

Jumlah yang dibayarkan/
Amount Claimed :

Nama Pemilik Rekening/
Beneficiary Name :

Nama Bank/
Bank Name :

Alamat Bank/
Bank Address :

No. Rekening Bank/
Bank Account Number :

Kode SWIFT Bank/
Bank SWIFT code :

*(apabila pembayaran dilakukan ke rekening Bank luar negeri dan mata uang selain USD/
if transferred to a foreign Bank and currencies other than USD)*

Pembayaran akan dilakukan sesuai dengan mata uang yang tertulis di Polis Anda/
Payment will be made in the currency defined in your policy

8. INFORMASI FA (Financial Advisor)

Nama FA :

Kode FA : - -

Perbarui Data Anda Segera

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): 021-30058788 maupun mengunjungi layanan Customer Care Centre (CCC) AXA Tower GF, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18 Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia.

9. PERNYATAAN DAN KUASA PASIEN/PEMEGANG POLIS/ PATIENT'S/POLICYHOLDER'S DECLARATION AND POWER OF ATTORNEY

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

1. Saya telah membaca, mengerti, menjawab dan mengisi pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan sebenar-benarnya, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya.
I have read, understood and completed all the questions truthfully and honestly, and in accordance with actual circumstances.
2. Seluruh informasi di dalam formulir klaim ini telah diisi dengan sebenarnya dan Saya menyetujui Pernyataan dan Kuasa ini dapat digunakan sebaik-baiknya.
All information in this claim form was written truthfully and I hereby agree that this Declaration and Power of Attorney to be used promptly.
3. Saya menyatakan dan menyetujui bahwa Saya memiliki kuasa dan persetujuan dari orang yang bersangkutan untuk membuat pernyataan dan persetujuan seperti yang disebutkan di atas.
I acknowledge and agree that I have the authority and consent of the person concerned to make a statement and approval as mentioned above.
4. Salinan dari Pernyataan dan Kuasa ini sama sah dan berlakunya sesuai dengan dokumen aslinya.
Copy of the Patient's Declaration this Power are valid and can be used as the original document.
5. Saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUH Perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT AXA Mandiri Financial Services atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung.
I give the power that will not expire for the reasons listed in article 1813 Civil code to any doctor, clinics, hospitals, health centers, laboratories, medical institutions anywhere, insurance companies, legal entities, agencies, or individuals who have a record/information or know the condition/health of the insured, to inform the PT AXA Mandiri Financial Services, or those authorized by PT AXA Mandiri Financial Services, all records/information about themselves and the condition/health of the insured.

Saya menyatakan bahwa informasi yang Saya berikan ini adalah data pribadi Saya atau data lainnya adalah benar dan bersama ini Saya memberikan persetujuan kepada PT AXA Mandiri Financial Services untuk :
I confirm that the information I have provided herein is my personal data or any other data are true and hereby I give my consent to AXA MANDIRI to :

- a. Mengungkapkan data pribadi Saya (termasuk data terbaru) kepada pihak ketiga termasuk penyedia jasa untuk mengizinkan PT AXA Mandiri Financial Services dalam memberikan Saya layanan terkait atas produk yang Saya beli dan untuk tujuan komersial lainnya.
Disclose my personal data (including my updated data) to other party including service provider in order to enable AXA Mandiri to provide me with relevant services regarding the product I bought and or for any commercial purposes.
- b. Menggunakan data pribadi Saya hanya untuk tujuan pemasaran langsung, penawaran produk dan aktivitas promosi lainnya. Oleh karena itu, Saya mengizinkan PT AXA Mandiri Financial Services untuk menghubungi Saya dalam rangka memberikan informasi mengenai produk dan layanan melalui sarana telekomunikasi privat termasuk namun tidak terbatas melalui e-mail, telepon, SMS yang telah Saya berikan ini.
Use my personal data solely for direct marketing purposes, cross & up selling and other promotional activities. Therefore, I allow AXA Mandiri to contact me in order to share such information about products and services through private communication channel including but not limited to email, phone, SMS that I already provided herein.

[Penting : Mohon beri tanda (✓) pada kotak di bawah ini apabila Anda setuju atau tidak setuju dengan penggunaan data pribadi Anda untuk tujuan di atas].

[Important: Please tick the box below whether you are agree or disagree to the use of your personal data for the above purposes]

- Saya setuju dengan penggunaan data pribadi Saya untuk tujuan di atas.
I agree with the usage to my personal data for the mentioned above purposes
- Saya tidak setuju dengan penggunaan data pribadi Saya untuk tujuan di atas.
I do not agree with the usage to my personal data for the mentioned above purposes.

Tanda Tangan Pemegang Polis/Tertanggung (atau Wali untuk anak di bawah usia 18 tahun)

Signature of Policy Holder/Insured (or legal guardian if under 18 years old)

Tanggal/Date
DD/MM/YY

Nama/Name :