



Formulir Klaim SmartCare

FULLERTON HEALTH INDONESIA

Silakan gunakan formulir klaim terpisah untuk setiap perawatan yang berbeda.

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 biayadari Pemegang Polis atau Tertanggung.

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.

Daftar dokumen pendukung dapat dilihat pada tautan berikut: <https://myinsurance.axa.co.id/in/tata-cara-klaim-kesehatan>

Data Peserta

Nama Peserta : Nomor Kartu Peserta :

Tanggal Lahir : Jenis Kelamin : Pria Wanita

Nama Perusahaan : ** Nomor Telepon :

Apakah klaim telah diajukan kepada asuransi medis perusahaan lain? Ya Tidak **Note:** ** Tidak Wajib Diisi

Dengan menandatangani formulir ini, saya menyatakan bahwa saya telah membaca, memahami, dan menyetujui hal-hal sebagai berikut:

- Ketentuan Pembayaran Klaim Reimbursement:** Untuk pengajuan klaim reimbursement, pembayaran manfaat klaim akan ditransfer ke rekening bank yang sudah didaftarkan pada saat penutupan polis. Jika terdapat perubahan data rekening, maka perubahan tersebut dapat diajukan melalui pengisian Formulir Endorsement.
- Pernyataan Pemberian Kuasa dari Pasien:** 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 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 ini. Saya menyatakan bahwa segala keterangan yang tercantum dalam formulir ini adalah benar.
- Persetujuan atas Pemrosesan informasi Pribadi:** Dengan ini, Saya/Kami memberikan persetujuan bahwa data dan informasi pribadi yang Saya/Kami berikan kepada AXA Insurance baik diberikan secara langsung dan/atau melalui pihak ketiga yang berkaitan dengan klaim, dapat dikumpulkan, diproses, di simpan, serta dapat dikirimkan oleh AXA Insurance kepada pihak lain yang berkerja sama dengan dan/atau ditunjuk oleh AXA Insurance, regulator, dan pihak yang berwenang dan/atau asosiasi untuk keperluan termasuk namun tidak terbatas pada keperluan pertanggung jawaban asuransi Saya, proses reasuransi dan klaim, serta kegiatan operasional AXA Insurance lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Silahkan akses Kebijakan Privasi AXA Insurance Indonesia pada <https://www.axa.co.id/kebijakan-privasi>

Nama & Tanda Tangan

Tempat & Tanggal (tgl/bln/thn)

Resume Medis (Wajib diisi oleh Dokter yang merawat)

Mohon untuk diisi dengan informasi relevan, objektif, dan terverifikasi terkait dengan klaim tertanggung.

- Tanggal Pelayanan :/...../..... Sampai/...../..... (tgl/bln/thn)
- No Registrasi :
- Nama Rumah Sakit/Klinik :
- Jenis Pelayanan : Rawat Inap
 Rawat Jalan dokter umum
 Rawat Jalan dokter Spesialis
 Rawat Jalan Gigi
 Kehamilan
 Optik (*Khusus manfaat optik mohon diabaikan no. 4 s/d 9*)
- Gejala :
- Pemeriksaan Fisik :
- Pemeriksaan Diagnostik :
- Diagnosa :
- Tindakan :
- Saran Pengobatan :

Nama, tanda tangan dokter, stempel RS/Klinik, dan SIP

Tempat & Tanggal (tgl/bln/thn)