



PT AXA Insurance Indonesia

Customer Care Center

AXA Tower Lt. 11

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 Claim Form SmartCare

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:

1. Formulir ini harus diisi oleh Pemegang Polis/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/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.

2. 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.
3. Kirimkan formulir klaim ini bersama dengan semua dokumen pendukung ke **Health Claims Team. AXA Tower Lt. 12, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia.**

Send this claim form together with all supporting documents Health Claims Team. AXA Tower Lt. 12, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia.

4. Kami berhak meminta informasi atau dokumen tambahan jika diperlukan.

We reserve our rights to request additional information or documents if needed.

5. 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 bersumpah atas biaya dari Pemegang Polis atau Tertanggung.

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 Policy Holder/Insured.

Data Peserta / Personal Data

Nama Peserta :
Insured's Name

Nomor Kartu Peserta :
Member's Card No

Tanggal Lahir :
Date of Birth

Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita
Gender Male Female

Nama Perusahaan :
Company Name

** Nomor Telepon :
** 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?
Do you have other medical insurance plans with other insurance companies?

☐ Ya
Yes

☐ Tidak
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 / Statement of Authorization from the Patient

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** 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.

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** Program Administrator for medical and administration purposes. Copy of this statement and letter of authority has the same validity with is original which is irrevocable during the enforcement of this **SmartCare** 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)

Mohon untuk diisi dengan informasi relevan, objektif, dan terverifikasi terkait dengan klaim bertanggung.
Please fill in this section with relevant, objective, and verified information which relevant with insured's claim.

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
Type of treatment ☐ 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, stempel RS/Klinik, dan SIP
Physician's name, signature, Hospital/Clinic stamp, and SIP

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>	√	√	√	√	√	√
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	X
5	Fotokopi paspor disertai dengan cap imigrasi tanggal keberangkatan dan kedatangan (jika berobat/ meninggal di luar negeri). Apabila passport sudah berupa e-passport, Peserta harus melampirkan boarding pass atau tiket keberangkatan dan kepulangan. <i>Photocopy of passport with immigration stamps of departure and arrival date (if receiving treatment/dying abroad). If the passport is an e-passport, members must attach a boarding pass or departure and return ticket.</i>	√	√	√	X	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	√
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	√	√
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 benefit)</i>	X	X	X	X	√	X
11	Surat kuasa dari penerima manfaat jika dana manfaat klaim dibayarkan ke rekening yang kepesertaannya tidak terdaftar di polis (untuk klaim rawat inap, rawat jalan, kecelakaan, koordinasi manfaat) <i>Power of attorney from the heir if the claim benefit funds are paid to an account whose</i>	√	√	√	√	X	√

	membership is not registered in the policy (for inpatient, outpatient, accident claims, benefit coordination).						
12	Surat kuasa pengalihan pembayaran yang diisi oleh Perusahaan sebagai Pemegang Polis, jika yang meninggal dunia adalah karyawan dan manfaat klaim dibayarkan ke rekening Peserta (untuk klaim santunan kematian). <i>Power of attorney for transfer of payment filled out by the Company as Policy Holder, if the deceased is an employee and the claim benefit is paid to the Participant's account (for death benefit claims)</i>	X	X	X	X	√	X
13	Surat kuasa pengalihan pembayaran ke rekening Perusahaan atau Pemegang Polis yang diisi oleh Karyawan, jika yang meninggal dunia adalah pasangan atau anak dan manfaat klaim dibayarkan ke rekening Peserta (untuk klaim santunan kematian). <i>Power of attorney regarding the transfer of payment to the Company or Policy Holder's account, filled in by the Employee, if the deceased is a spouse or child and the claim benefit is paid to the Participant's account (for death benefit claims).</i>	X	X	X	X	√	X
14	Legalisir surat keterangan meninggal dunia dari instansi yang berwenang <i>Legalized of death certificate from authorized institution</i>	X	X	X	X	√	X
15	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
16	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
17	Surat keputusan dari instansi yang berwenang yang menyatakan bertanggung 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
18	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
19	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	√



20	Surat koordinasi manfaat asli disertai dengan perincian pembayaran klaim dari asuransi penjamin pertama/ BPJS (untuk klaim koordinasi manfaat) <i>Statement letter with detail of claim payment from first guarantor insurance/ BPJS (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 <https://myinsurance.axa.co.id/klaim>. 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 <https://myinsurance.axa.co.id/klaim>. For further information, please contact our Customer Care at 021 – 1500 733.

Pernyataan, Kuasa, dan Persetujuan Data Pribadi Pelanggan *Declaration, Authorization, and Customer's Data Privacy Consent*

- ☐ Dengan ini, Saya/Kami menyatakan bahwa semua informasi tersebut diatas adalah benar. Jika ternyata di kemudian hari pernyataan tersebut tidak benar maka otomatis permohonan ini batal dan AXA Insurance berhak melakukan segala tindakan hukum yang dianggap perlu sebagai akibat dari ketidakakuratan atas informasi yang disampaikan tersebut.

I/we hereby declare that all the information above is true if this statement is later proven to be untrue, this application will be automatically cancelled, and AXA Insurance reserves the right to take any legal action it deems necessary as a result of any inaccuracy in the information provided.

- ☐ 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 pertanggungan asuransi Saya, proses reasuransi dan klaim, serta kegiatan operasional AXA Insurance lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

I/ We hereby agree that the personal data and information that I/We provide to AXA Insurance whether directly and/or through third parties related to the claim, can be collected, processed, stored, and sent by AXA Insurance to other parties who cooperate with and/or are appointed by AXA Insurance, regulators, and authorized parties and/or Associations for purpose including but not limited to the purposes of my Insurance coverage reinsurance and claim process and other AXA Insurance operational activities in accordance with the applicable laws.

Pernyataan AXA INSURANCE / AXA INSURANCE Statement :

- A. AXA INSURANCE berkomitmen untuk menjaga kerahasiaan dan melaksanakan pemrosesan data pribadi secara sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, sampai dengan batas waktu yang telah di tentukan sesuai kebijakan retensi AXA INSURANCE kecuali penyimpanan lebih lanjut diperlukan untuk memenuhi periode retensi yang lebih lama untuk memenuhi persyatan operasional, hukum, peraturan, pajak, atau akuntansi AXA INSURANCE.

AXA INSURANCE is committed to maintaining confidentiality and carrying out legal processing of personal data in accordance with applicable laws and regulations, up to a predetermined retention period in accordance with AXA INSURANCE's retention policy unless further storage is required to fulfill a longer retention period of operational, legal, regulatory, tax, or accounting requirements of AXA INSURANCE.

- B. AXA INSURANCE akan menghancurkan atau menganonimkan dari catatan AXA INSURANCE sesuai dengan kebijakan retensi AXA INSURANCE kecuali penyimpanan lebih lanjut di perlukan untuk memenuhi periode retensi yang lebih lama untuk memenuhi persyaratan operasional, hukum, peraturan, pajak, atau akuntansi AXA INSURANCE.

AXA INSURANCE will destroy or anonymize customer personal data and information from AXA INSURANCE records and backup systems in accordance with AXA INSURANCE's retention policy unless further storage is required to fulfill a longer retention period of operational, legal, regulatory, tax, or accounting operations.

- C. AXA INSURANCE memberikan hak akses untuk mendapatkan salinan, melengkapi, dan/atau memperbaharui kesalahan data dan informasi pribadi nasabah berdasarkan permintaan tertulis dari Nasabah.

AXA INSURANCE grants the access to obtain copies, complete, and/or update the false Customer personal data dan information based on written request from customer.

- D. AXA INSURANCE memberikan hak kepada Nasabah untuk menarik kembali persetujuan mengenai pemrosesan data pribadi Nasabah, mengakhiri pemrosesan, menghapus, dan/atau memusnahkan data pribadi Nasabah, serta hak-hak lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku berdasarkan permintaan tertulis dari Nasabah.

AXA INSURANCE grants the customer to withdraw the consent of Customer personal data process, end the process, delete, and/or destroy Customer personal data, as well as other rights in accordance with the provisions of the applicable laws and regulations based on written request from customer.