FORMULIR KLAIM RAWAT INAP

(Diisi oleh Pemegang Polis/Tertanggung)

Agar mempercepat proses Klaim, harap semua pertanyaan di bawah ini dijawab dengan benar, lengkap dan jelas.

Yang bertandatangan di bawah ini :

Data Pemegang Polis & Tertanggung

Nama Pemegang Polis : _____

Nama Tertanggung : _____

No. Polis : _____

Nomor Telepon / Handphone : _____ Nomor KTP / Identitas lain : _____

Menerangkan bahwa:

Data Pasien

Nama Pasien : _____ Jenis kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita

Nama panggilan / nama lain / alias : _____

Tempat, Tanggal lahir ; Usia : _____ , _____ ; _____ Tahun

Nomor KTP / Identitas lain : _____

Telah dirawat inap pada : Periode Perawatan Nama & alamat Rumah Sakit Dokter yang merawat No. Kartu Pasien	Dari (tgl/bln/thn) _____ s/d (tgl/bln/thn) _____ _____ _____ _____
Jika rawat inap karena Penyakit Keluhan & gejala yang menyebabkan masuk rumah sakit Sejak kapan keluhan & gejala tersebut pertama kali muncul Nama / Diagnosa penyakit	_____ Tanggal / bulan / tahun : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ atau sejak _____ _____
Jika rawat inap karena Kecelakaan Tempat & tanggal terjadinya kecelakaan Keadaan luka secara terperinci Kronologis terjadinya kecelakaan*	_____, ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ tanggal / bulan / tahun _____ _____
Jika rawat inap karena penyebab lain Apakah penyebab rawat inap disebabkan oleh pengaruh alkohol/ narkotika/ obat-obatan/ lainnya ?	☐ YA ☐ TIDAK Mohon jelaskan* : _____
Apakah anda memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan Hypertensi, Kencing manis, Jantung, Paru-paru, Kejiwaan, Bawaan, HIV, atau penyakit lainnya ?	☐ YA ☐ TIDAK Jika Ya, Penyakit : _____ Diderita sejak: _____
Nama Dokter/ Rumah Sakit/ Puskesmas/ Laboratorium/ Balai Pengobatan apapun yang pernah anda kunjungi untuk konsultasi penyakit lainnya ?	_____
Polis lain yang dimiliki oleh Tertanggung	Nama Perusahaan Asuransi : _____ Nama Program Asuransi : _____ No. Polis : _____

Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke :

Nama : _____

No. Rekening : _____ Mata Uang : ☐ Rupiah ☐ US$

Bank : _____

Cabang : _____

*Gunakan lembar tambahan jika diperlukan

PT. AXA Financial Indonesia
AXA CENTRE Ratu Plaza Office Building Lt. 2, Jl. Jenderal Sudirman No. 9 Jakarta 10270 - Indonesia
Telephone : (021) 7278 3888 **Facsimile :** (021) 7279 1428, 726 7124 **Email :** services@axa-financial.co.id
www.axa-financial.co.id

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Dengan ini 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 Financial Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung. Fotocopy dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di _____ Tanggal _____ / _____ / _____

(_____)
Tanda tangan dan Nama jelas

Pengajuan Klaim Rawat Inap harus disertai dengan dokumen-dokumen sebagai berikut :

- ☐ Fotocopy Polis Tertanggung
- ☐ Fotocopy KTP Tertanggung
- ☐ Formulir Klaim Rawat Inap - **Asli**
- ☐ Surat Keterangan Dokter - **Asli**
- ☐ **Fotokopi Legalisir** Kwitansi / bukti pembayaran dari Rumah Sakit dan seluruh perinciannya
- ☐ **Fotokopi Legalisir** Hasil pemeriksaan penunjang (Laboratorium, Radiologi, EKG, dll)
- ☐ Dokumen lain yang dianggap perlu

PT. AXA Financial Indonesia
AXA CENTRE Ratu Plaza Office Building Lt. 2, Jl. Jenderal Sudirman No. 9 Jakarta 10270 - Indonesia
Telephone : (021) 7278 3888 **Facsimile :** (021) 7279 1428, 726 7124 **Email :** services@axa-financial.co.id
www.axa-financial.co.id