



FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN

BAG.1 DIISI OLEH PEMEGANG POLIS DAN/ATAU TERTANGGUNG

Nama Pemegang Polis : _____
Nama Tertanggung : _____
Tanggal lahir Tertanggung (tgl/bln/thn) : _____
No Polis : _____
E-mail : _____ No telp/HP : _____

Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke :

Nama : _____ Bank : _____
No rekening : _____

Saya sebagai Tertanggung ("saya") menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi dan badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan kepada PT. AXA Financial Indonesia (AFI) atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya.

Apabila saya menyampaikan Formulir Klaim Rawat Jalan ini kepada AFI berupa fotocopy atau scan copy maka pernyataan saya di atas sama kuat dan sahnya seperti aslinya.

(Nama dan Tanda Tangan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung)

BAG. 2 DIISI OLEH DOKTER YANG MEMERIKSA

Tanggal pelayanan : _____ Nama Klinik/RS : _____
Anamnesa : _____
Pemeriksaan Penunjang : _____
Diagnosa : _____
Terapi atau tindakan : _____

Saya, dokter yang merawat / memeriksa, dengan ini menyatakan keterangan tersebut di atas lengkap dan benar.

(Stempel, Nama & Tanda tangan dokter)

Wajib melampirkan :

1. Kuitansi asli/copy legalisir
2. Copy resep
3. Hasil Pemeriksaan Penunjang (jika dilakukan)
4. Copy KTP/SIM/Paspor Pemegang Polis dan Tertanggung
5. Copy Kartu Keluarga/Akte Lahir jika Tertanggung adalah pasangan/anak dari Pemegang Polis

PT AXA Financial Indonesia
Customer Care Centre

AXA Tower Lt. GF
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
e-mail: customer@axa-financial.co.id



www.axa.co.id AXA Indonesia axaindonesia

FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN