



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 : <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Nama panggilan / nama lain / alias	: _____
Tempat, Tanggal lahir ; Usia	: _____ ; _____ Tahun
Nomor KTP / Identitas lain	: _____
Telah dirawat inap pada :	
Periode Perawatan	Dari (tgl/bln/thn) _____ s/d (tgl/bln/thn) _____
Nama & alamat Rumah Sakit	_____
Dokter yang merawat	_____
No. Kartu Pasien	_____
Jika rawat inap karena Penyakit	
Keluhan & gejala yang menyebabkan masuk rumah sakit	_____
Sejak kapan keluhan & gejala tersebut pertama kali muncul	Tanggal / bulan / tahun : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> atau sejak _____
Nama / Diagnosa penyakit	_____
Jika rawat inap karena Kecelakaan	
Tempat & tanggal terjadinya kecelakaan	_____, <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tanggal / bulan / tahun
Kedadaan luka secara terperinci	_____
Kronologis terjadinya kecelakaan*	_____
Jika rawat inap karena penyebab lain	
Apakah penyebab rawat inap disebabkan oleh pengaruh alkohol/ narkotika/ obat-obatan/ lainnya ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Mohon jelaskan* : _____
Apakah anda memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan Hipertensi, Kencing manis, Jantung, Paru-paru, Kejiwaan, Bawaan, HIV, atau penyakit lainnya ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Rupiah <input type="checkbox"/> US\$
Bank	: _____
Cabang	: _____

*Gunakan lembar tambahan jika diperlukan

PT. AXA Life Indonesia

AXA CENTRE Ratu Plaza Office Building Lt. 2, Jl. Jenderal Sudirman No. 9 Jakarta 10270 - Indonesia
Telephone : (021) 2750 7377 Facsimile : (021) 7279 3302 Email: customer@axa-life.co.id
www.axa-life.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 Life 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 :

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

PT. AXA Life Indonesia

AXA CENTRE Ratu Plaza Office Building Lt. 2, Jl. Jenderal Sudirman No. 9 Jakarta 10270 - Indonesia
Telephone : (021) 2750 7377 **Facsimile :** (021) 7279 3302 **Email:** customer@axa-life.co.id
www.axa-life.co.id