



# 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 :

| <b>Data Pemegang Polis &amp; Tertanggung</b> |         |
|--|---------|
| Nama Pemegang Polis                          | : _____ |
| Nama Tertanggung                             | : _____ |
| No. Polis                                    | : _____ |
| Nomor Telepon / Handphone                    | : _____ |
| Nomor KTP / Identitas lain                   | : _____ |

Menerangkan bahwa:

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

\*Gunakan lembar tambahan jika diperlukan

## PT. AXA Mandiri Financial Services

Registered Office : Plaza Mandiri 29th Floor, Jl. Jenderal Gatot Subroto No. 38, Jakarta 12710 - Indonesia. PO BOX 4217 JKTM

Customer Care Centre : AXA CENTRE Ratu Plaza Office Building Lt. 9, Jl. Jenderal Sudirman No. 9 Jakarta 10270 - Indonesia

Telephone : (021) 2750 7399 Facsimile : (021) 7279 1979 Email : customer@axa-mandiri.co.id

www.axa-mandiri.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 Mandiri Financial Services 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 / Fotokopi Legalisir**
- Hasil pemeriksaan penunjang (Laboratorium, Radiologi, EKG, dll) - **Fotokopi**
- Dokumen lain yang dianggap perlu

### PT. AXA Mandiri Financial Services

**Registered Office :** Plaza Mandiri 29th Floor, Jl. Jenderal Gatot Subroto No. 38, Jakarta 12710 - Indonesia. PO BOX 4217 JKTM

**Customer Care Centre :** AXA CENTRE Ratu Plaza Office Building Lt. 9, Jl. Jenderal Sudirman No. 9 Jakarta 10270 - Indonesia

**Telephone :** (021) 2750 7399 **Facsimile :** (021) 7279 1979 **Email :** customer@axa-mandiri.co.id

www.axa-mandiri.co.id