

FORMULIR RAWAT JALAN

(Hanya berlaku untuk satu kali kunjungan)

Identitas Peserta/Pasien (Diisi oleh Peserta/Pasien Bersangkutan)

No. Polis :	Nominal Klaim :
Nama karyawan :	Nama Bank :
Nama Peserta :	No. Rekening :
Nomor Peserta :	Atas Nama :
Status Peserta : Karyawan / Pasangan / Anak	Alamat Email :
Status : Menikah / Belum Menikah	No. HP :
Tanggal Lahir : / /	

....., Tgl / /

PERNYATAAN DAN PEMBERIAN KUASA

Saya, peserta/karyawan dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut diatas adalah lengkap dan benar. Dan saya dengan ini memberikan kuasa kepada dokter dan atau petugas/pengurus rumah sakit/klinik untuk memberikan keterangan lengkap mengenai keadaan/penyakit saya termasuk data medis kepada PT. AXA Mandiri Financial Services.

(_____)

Tandatangan Peserta/Karyawan

Informasi Medis (Diisi oleh Dokter yang Memeriksa)

1. Keluhan :	5. Tindakan :
.....
.....
2. Diagnosa Utama :	6. Anjuran :
.....
3. Diagnosa Penyerta :
.....
4. Terapi :	RS / Klinik :
.....	Alamat :
.....	No. Telp :

....., Tgl / /

PERNYATAAN DOKTER

Saya, Dokter yang merawat, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut diatas adalah lengkap dan benar.

(_____)

Nama, Tandatangan & Stempel Dokter

Dokumen yang harus dilampirkan :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resume Medis | <input type="checkbox"/> Kwitansi Asli (> Rp. 1.000.000,- menggunakan materai) |
| <input type="checkbox"/> Rincian Biaya | <input type="checkbox"/> Rincian Obat |
| <input type="checkbox"/> Hasil Pemeriksaan Penunjang | |

Note: Harap formulir ini dilampirkan bersama kelengkapan dokumen klaim dan diserahkan kepada Human Resources Department (HRD) Perusahaan untuk dikirimkan kepada :

**Corporate Solutions – AXA Tower Lt.11, Jl.Prof.Dr.Satrio Kav.18
Kuningan City – Jakarta 12940, Indonesia. Telp. 500 803 Fax.+62 21 3005 970
Email: CorporateSolutions@axa-mandiri.co.id**