



Formulir Pengajuan Layanan Pendapat Medis Kedua/Medical Second Opinion ("Formulir")

Nama Produk : _____
Plan : _____
Nomor Polis : _____
Nama Pemegang Polis : _____
Nama Tertanggung : _____

Dokumen pelengkap persyaratan pengajuan layanan:

- Salinan Laporan Medis Lengkap
- Salinan dokumen pendukung Laporan Medis (Hasil Laboratorium, Radiology, dan lain-lain)

Jakarta,
Pemegang Polis,

Nama:

Catatan:

Dengan penandatanganan Formulir ini, maka saya mengetahui dan menyetujui bahwa:

1. Penyerahan dokumen terkait dengan layanan pendapat medis kedua kepada pihak penyedia layanan dan/atau pihak yang mendukung pemberian layanan pendapat medis kedua telah dilakukan berdasarkan persetujuan saya.
2. Hasil dari layanan pendapat medis kedua tidak akan/tidak dapat digunakan sebagai dasar untuk mengajukan klaim dan/atau bantahan klaim kepada PT AXA Financial Indonesia.
3. Dalam hal terdapat keluhan/perbedaan pendapat/ketidakpuasan atas pendapat medis kedua yang disediakan, maka saya membebaskan PT AXA Financial Indonesia dari segala ganti rugi, tuntutan atau gugatan hukum dikemudian hari.

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



Head Office

AXA Tower Lt. 17
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
Tel: +62 21 3005 8000