



Formulir Pengajuan Layanan Pendapat Medis Kedua

Medical Second Opinion

1. Nama Produk :
2. Plan :
3. Nomor Polis :
4. Nama Pemegang Polis :
5. 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 berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

PT AXA Financial Indonesia

Customer Care Centre

AXA Tower Lt. Ground Floor

Jl. Prof. DR. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta - 12940, Indonesia

Email: customer@axa-financial.co.id

Link Live Chat: www.axa.co.id



www.axa.co.id

AXA Indonesia

[axaindonesia](https://www.instagram.com/axaindonesia)