



redefining / insurance

Customer Care Centre

AXA Tower Lt. GF
 Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18, Kuningan City
 Jakarta 12940, Indonesia
 Tel : +62 21 3005 9005
 Fax : +62 21 3005 9008
 Email : customer@axa-insurance.co.id

Formulir Klaim SmartCare Executive

Penting

- Harap lengkapi formulir ini kemudian kirim ke Pengelola Program kami berikut ini dalam waktu paling lambat 30 hari setelah mendapatkan pelayanan kesehatan.
PT Gesa Assistance, MNC Tower 3rd floor Suite 304 & 307, Jl. Kebon Sirih No. 17-19, Jakarta 10340
UP. CLAIM DEPT. Tel. (+6221) 3160033 Fax. (+6221) 31901036
- Lampirkan kuitansi asli (untuk nilai kuitansi Rp 1 juta keatas harus bermateri Rp6.000), perincian biaya, perincian obat/copy resep, laporan laboratorium, resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, dan dokumen terkait lainnya.

Data Peserta

Nama Peserta	:	Nomor Kartu Peserta	:
Tanggal Lahir	:	Plan	:
Jenis Kelamin	: <input type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Pekerjaan/Jabatan	:
Alamat	:	Telepon	:
	:		
Nama Perusahaan	:	Telepon	:
Alamat	:		
	:		

Untuk tujuan pembayaran klaim, mohon lengkapi data di bawah ini	
Nama bank	:
Cabang	:
Jumlah yang ditagihkan	:
Atas nama	:
Nomor rekening	:

Pernyataan Pemberian Kuasa dari Pasien

Bersama ini saya memberi kuasa yang tidak terbatas waktu kepada Pengelola Program untuk mendapatkan segala keterangan/catatan medis lisan/tertulis dari rumah sakit atau pihak lain sehubungan dengan diagnosis, perawatan atau pelayanan yang diberikan kepada saya atau keluarga saya. Saya setuju untuk memberikan data catatan medis kami kepada Pengelola Program **SmartCare Executive** untuk keperluan medis & administrasi. Foto copy Pernyataan dan Surat Kuasa ini sama absahnya dengan yang asli yang tidak dapat dicabut kembali selama berlangsungnya pelaksanaan Program **SmartCare Executive** ini. Saya menyatakan bahwa segala keterangan yang tercantum dalam formulir ini adalah benar.

 Nama & Tanda tangan

 Tempat & Tanggal (tgl/bln/thn)

RESUME MEDIS (Wajib diisi oleh Dokter yang merawat)

- Tanggal Pelayanan :/...../..... sampai/...../..... (tgl/bln/thn)
- No Registrasi Pasien :
- Nama Rumah Sakit/Klinik :
- Apakah RS/Klinik termasuk dalam list provider kami? Ya Tidak
- Jenis Pelayanan : Rawat Inap Rawat Jalan dokter umum Rawat Jalan dokter Spesialis
Rawat Jalan Gigi Kehamilan Optik (*Khusus manfaat optik mohon diabaikan no. 4 s/d 9*)
- Anamnesa :
- Pemeriksaan Fisik :
- Pemeriksaan Penunjang :
- Diagnosa :
- Tindakan/Therapy :
- Saran Pengobatan :

 Nama & tanda tangan dokter & stempel RS/Klinik

 Tempat & Tanggal (tgl/bln/thn)

PT Asuransi AXA Indonesia
Head Office

AXA Tower Lt.11, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
 Tel : +62 21 3005 9000 | Fax : +62 21 3005 9009 | Email ; axaindo@axa-insurance.co.id | Website : www.axa-insurance.co.id