



## Syarat Kelengkapan Dokumen

No	Persyaratan Dokumen	Tipe Klaim					
		Rawat Inap	Rawat Jalan	Kece- lakaan	Santunan Tunai	Kematian	Koordinasi Manfaat
1	Formulir Pengajuan Klaim asli yang telah dilengkapi <i>(diisi oleh nasabah)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Resume Medis yang telah dilengkapi <i>(diisi oleh Dokter yang merawat, ditandatangani &amp; distempel RS)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Fotokopi Hasil Pemeriksaan Laboratorium & Radiologi/Pemeriksaan Diagnostik lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
4	Kuitansi Asli disertai dengan rincian biaya perawatan & copy resep obat <i>(untuk nilai kuitansi Rp 1 juta keatas harus bermateri Rp6.000)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	-
5	Fotokopi Paspor <i>(jika berobat / meninggal diluar negeri)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-
6	Fotokopi Identitas diri Tertanggung/Peserta <i>(untuk Group)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Surat Kuasa Permintaan Data Medis	<input type="checkbox"/>	-	-	<input type="checkbox"/>	-	-
8	Fotokopi SIM dan Berita Acara Pemeriksaan dari Kepolisian <i>(hanya jika terjadi kecelakaan)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-
9	Fotokopi rincian biaya perawatan serta copy resep dan fotokopi hasil pemeriksaan diagnostik <i>(hanya jika ada koordinasi manfaat &amp; HCP)</i>	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
10	Fotokopi bukti hubungan ketertarikan asuransi antara Tertanggung dengan Penerima Manfaat	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
11	Fotokopi Identitas diri Penerima manfaat/ahli waris <i>(untuk santunan kematian)</i>	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-
12	Surat Kuasa dari Penerima Manfaat jika Penerima Manfaat lebih dari satu orang/Surat Keterangan ahli waris	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-
13	Legalisir surat keterangan meninggal dunia dari Instansi yang berwenang	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-
14	Legalisir surat keterangan meninggal dunia dari Konsulat Jendral RI <i>(jika meninggal dunia di luar negeri)</i>	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-
15	Kronologi kematian <i>(jika meninggal dunia dirumah/dalam perjalanan ke rumah Sakit)</i>	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-
16	Surat Kuasa Rekening Bank <i>(jika pemilik rekening bukan penerima manfaat)</i>	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-
17	Surat Keputusan dari Instansi yang berwenang yang menyatakan Tertanggung telah meninggal dunia, apabila Tertanggung hilang dalam suatu musibah	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-
18	Hasil Visum Repertum dan Berita Acara Pemeriksaan dari Kepolisian setempat <i>(jika meninggal dunia karena kecelakaan)</i>	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-
19	Kuitansi Asli selisih biaya perawatan <i>(hanya jika ada koordinasi manfaat dan untuk nilai kuitansi Rp 1 juta keatas harus bermateri Rp6.000 )</i>	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>
20	Surat pernyataan dengan perincian pembayaran klaim dari Asuransi lain/BPJSK <i>(hanya jika ada koordinasi manfaat)</i>	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>

**Catatan:**  Wajib Dilengkapi  
 Tidak Wajib Dilengkapi

**Untuk klaim dengan nominal sampai dengan Rp. 1 juta dapat diajukan melalui WA di nomor 0815 8670 7637 atau aplikasi MyAXA Health. untuk keterangan lebih lanjut silahkan hubungi Customer Care kami.**