

MEDICARE ESSENTIAL

FORMULIR KLAIM

MOHON PERHATIAN

UNTUK KELANCARAN PROSES KLAIM ANDA, PASTIKAN DOKUMEN-DOKUMEN BERIKUT INI SUDAH LENGKAP DAN SESUAI KETENTUAN POLIS SEBELUM ANDA MENGIRIMKANNYA KEPADA KAMI. KIRIMKANLAH PENGAJUAN KLAIM DALAM WAKTU 30 (TIGA PULUH) HARI TERHITUNG SEJAK TANGGAL TERAKHIR TERTANGGUNG MENJALANI RAWAT INAP.

*DOKUMEN YANG WAJIB DISERAHKAN UNTUK PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN

Mohon isi kotak dengan tanda ✓ sesuai dengan dokumen yang Anda serahkan

- Formulir Pengajuan Klaim asli telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh pemegang polis
- Formulir Keterangan Dokter asli telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Dokter yang merawat, serta distempel Dokter / Rumah Sakit
- Fotokopi KTP
- Kuitansi Rumah Sakit Asli Legalisir Fotokopi

Jika Kuitansi Rumah Sakit berupa Fotokopi, maka jelaskan alasannya :

- Perincian biaya kuitansi Rumah Sakit Asli Legalisir Fotokopi
- Hasil pemeriksaan diagnostik, laboratorium, x-ray, fotokopi resep obat-obatan
 Asli Legalisir Fotokopi
- Formulir Kronologis Kecelakaan yang dibuat dan ditandatangani oleh Pemegang Polis dan/atau Tertanggung jika klaim akibat kecelakaan

DOKUMEN TAMBAHAN

Mohon sebutkan :

Catatan:

- Untuk keseluruhan dokumen klaim serta dokumen pendukung harus dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris
- Jika perawatan dilakukan di luar negeri harap sertakan fotokopi paspor

PROSEDUR PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN

1. Pastikan perlindungan atas diri Anda dan keluarga Anda masih berlaku dan premi sudah dibayarkan pada saat Anda mengajukan klaim.
2. Pastikan klaim yang diajukan sudah sesuai dengan manfaat asuransi yang Anda miliki dan tidak termasuk pengecualian yang tercantum dalam polis
3. Ikuti petunjuk klaim sebagaimana tertera dalam polis Anda
4. Isi formulir pengajuan klaim dengan seksama dan jawab semua pertanyaan yang ada.
5. Mintalah Dokter yang merawat Anda untuk mengisi Formulir Keterangan Dokter dengan lengkap, jelas dan benar.
6. Kembalikan formulir klaim Anda dalam waktu selambat-lambatnya 30 hari terhitung sejak tanggal terakhir Tertanggung menjalani rawat inap.

CATATAN:

- Harap mengisi dengan lengkap dan menggunakan HURUF CETAK
- Apabila kolom yang tersedia tidak mencukupi, Anda dapat menulis pada lembar tambahan dengan mencatat nomor kolom yang sesuai dan melampirkannya bersama dengan formulir ini

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM (FPK)

A. Data Pemegang Polis

1. Nama
2. Alamat saat ini
3. Alamat korespondensi
4. No. Polis
5. No. Kartu Kredit
6. No. Telepon
 - a. Rumah
 - b. Selular (HP)
 - c. Kantor
 - d. Faksimili
7. Alamat Email

B. Data Pasien (Tertanggung)

1. Nama lengkap pasien
2. Tempat tanggal lahir
3. Jenis Kelamin
4. Pekerjaan
5. No. Telepon
 - a. Rumah
 - b. Selular (HP)
 - c. Kantor
 - d. Faksimili
6. Alamat Email

C. Informasi Klaim

1. Uraikan tentang kondisi penyakit sehingga menjalani perawatan di rumah sakit :

a. Tanggal pertama kali gejala tersebut dirasakan

Tgl / Bulan / Tahun

b. Uraikan gejala yang dirasakan

2. Periode perawatan di RS Tanggal masuk Tanggal Keluar

3. Nama RS dan alamatnya :

4. Apakah Anda memiliki polis asuransi lain? Jika YA, sebutkan nama asuransi dan jenis pertanggungannya

5. Sebutkan nama, alamat lengkap dan nomor telepon dokter Anda :

D. Cara Pembayaran Klaim

Dilakukan melalui transfer ke rekening atas namaselaku Pemegang Polis / Tertanggung
#(coret yang tidak perlu)

- Nama Bank – Cabang

- No. Rekening

E. Pernyataan dan Surat Kuasa

Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh keterangan yang diberikan adalah benar dan sah.

Saya memberikan kuasa tidak terbatas kepada perusahaan tempat saya bekerja, dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi organisasi atau perorangan untuk yang mengetahui keadaan atau kesehatan saya untuk mengungkapkan setiap dan semua informasi kepada PT Asuransi AXA Indonesia atau mereka yang mewakilinya.

Nama & Tanda Tangan Pasien (Tertanggung)*

Tempat

Tgl / Bulan / Tahun

* Untuk pasien Anak, diwakili oleh Pemegang Polis