



Formulir Klaim Kesehatan

(diisi oleh dokter)

Kepada YTH. Teman Sejawat

Pasien / Tertanggung Teman Sejawat di bawah ini merupakan peserta asuransi dari PT. AXA Mandiri Financial Services.

Guna memperlancar proses klaim dan sebagai syarat pengajuan klaim asuransi, mohon kesediaan Teman Sejawat untuk mengisi Formulir Klaim Kesehatan ini dengan detail dan lengkap.

Setiap koreksi penulisan / pengisian dalam bentuk catatan atas formulir ini wajib ditandatangani, mohon untuk tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong.

Nomor Polis:

Rawat Inap Rawat Jalan Rawat Gigi Melahirkan

Diisi oleh petugas Tanggal diterima: / /

Notes

* Coret yang tidak diperlukan

* Format penulisan tanggal (Tanggal / Bulan / Tahun)

Isi dan berikan tanda (✓) pada kotak sesuai pilihan

1. Data Pasien / Tertanggung

Nama Lengkap Pasien / Tertanggung:

No. Pasien / Rekam Medis :

Nomor KTP / SIM / Paspor * :

Tempat Lahir : Tanggal Lahir: / /

Jenis Kelamin : Pria Wanita Umur tahun

Alamat :

Nama Dokter yang merawat :

E-Mail :

Untuk pengiriman informasi, apakah anda setuju dikirimkan melalui e-mail : Ya Tidak

2. Informasi Pasien / Tertanggung atau Financial Advisor

Apakah Teman Sejawat mengenal Pasien Tertanggung / Financial Advisor Sebelumnya? (dalam bulan / tahun)

Pasien Financial Advisor bulan tahun

Apakah Teman Sejawat mempunyai hubungan keluarga dengan Pasien / Tertanggung atau Financial Advisor sebelumnya?

Jika "Ya", mohon jelaskan. Ya Tidak

Pasien Financial Advisor

Tanggal pertama kali Pasien / Tertanggung datang untuk berkonsultasi: / /

Nama Dokter yang mereferensikan Pasien / Tertanggung kepada Teman Sejawat dalam hal penyakit yang dideritanya:

3. Informasi Rawat Inap Pasien / Tertanggung

Nama Rumah Sakit :

Alamat Rumah Sakit :

Tanggal Masuk : / / Tanggal Keluar: / /

Diagnosa masuk :

Formulir Klaim Kesehatan (diisi oleh dokter)

Tanggal pertama kali konsultasi	:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pengobatan / tindakan yang diberikan	:	<input type="text"/>							
Jenis operasi (bila dilakukan pembedahan)	:	<input type="text"/>							
Keluhan sehubungan dengan rawat inap atau pembedahan	:	<input type="text"/>							
Penjelasan singkat (termasuk perawatan, hasil, dan/atau komplikasi dan rencana pengobatan selanjutnya)	:	<input type="text"/>							

4. Riwayat Penyakit

Penyebab rawat inap

Akibat Penyakit

Diagnosa	Tanggal Diagnosa	Gejala-gejala yang diketahui pada saat konsultasi pertama	Lamanya Gejala
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Akibat Kecelakaan

Tanggal kejadian	Waktu kejadian	Tanda-tanda cedera / luka pada tubuh (seperti: memar, dll)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Apakah perawatan tersebut sehubungan dengan kondisi di bawah ini? Jika "Ya", mohon jelaskan.

- 1. Penyakit bawaan Ya Tidak
- 2. Gangguan jiwa Ya Tidak
- 3. Pengaruh alkohol, obat-obatan terlarang Ya Tidak
- 4. Obesitas, penurunan berat badan, atau pelangsingan Ya Tidak
- 5. Kehamilan, kelahiran Caesar, aborsi, atau keguguran Ya Tidak
- 6. Terjadi kelumpuhan / kehilangan fungsi anggota tubuh Ya Tidak

5. Pernyataan dan Surat Kuasa

Dengan ini, Saya menyatakan bahwa saya adalah Dokter untuk Pasien /Tertanggung yang dimaksud dan bahwa keterangan yang diberikan adalah lengkap dan benar menurut apa yang paling saya ketahui,

Nama Dokter	:	<input type="text"/>	Tanggal	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Spesialis	:	<input type="text"/>							
No. Telp	:	<input type="text"/>							
Alamat surat-menyurat	:	<input type="text"/>							

(Nama Dokter)
Tanda tangan & CapRumah Sakit