



Formulir Klaim Penyakit Kritis

(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 Penyakit Kritis 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:

☐ Penyakit Kritis

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 atau 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:

☐ 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. Riwayat Penyakit Pasien / Tertanggung

Diagnosa :

Tanggal pertama kali diagnosa ditegakkan : / / Lamanya gejala terjadi:

Gejala / keluhan utama:

Terapi yang diberikan:

Tanggal pertama kali konsultasi : / / Keluhan:

