

**Formulir Klaim Cacat Tetap dan Total Atau Kematian**
**Petunjuk-petunjuk**

- Formulir klaim ini harus diisi dengan lengkap oleh Pemegang Polis.
- Pemegang polis harus memberitahukan PT. Astra Aviva Life dalam waktu 14 hari setelah tanggal kejadian.
- Semua dokumen yang diperlukan harus diajukan ke PT. Astra Aviva Life dalam waktu 90 hari setelah tanggal kematian atau pernyataan cacat total dan tetap.

**Identitas diri**

Pemegang polis	<input type="text"/>	Nomor polis	<input type="text"/>	No. Peserta	<input type="text"/>
Nama tertanggung	<input type="text"/>	Tanggal lahir	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Jenis kelamin	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P
Alamat	<input type="text"/>	Pekerjaan	<input type="text"/>	Jabatan	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Tempat bekerja	<input type="text"/>	Tanggal masuk kerja	<input type="text"/>
No. telepon rumah	<input type="text"/>	Tanggal memenuhi syarat untuk perlindungan asuransi	<input type="text"/>		
No. telepon kantor	<input type="text"/>	Tanggal berlakunya kepesertaan	<input type="text"/>		

**Jabatan Data klaim**

Berl tanda 'X' pada pilihan yang benar

- |  | Ya                       | Tidak                    |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Apakah tertanggung aktif bekerja pada tanggal perlindungan asuransi mulai berlaku?<br>Apakah tertanggung aktif bekerja pada tanggal kenaikan uang pertanggungan terakhir?<br>Jika jawaban dari salah satu pertanyaan di atas adalah Tidak, mohon beri penjelasan. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/>   |                          |                          |
| 2. Penyebab kematian atau cacat total dan tetap?<br>Apakah kematian atau cacat total dan tetap terjadi karena Kecelakaan?<br>Jika Ya, mohon beri penjelasan lengkap apa yang terjadi.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tanggal pertama tidak masuk kerja  | <input type="text"/>     |                          |
| Tanggal terakhir aktif bekerja   | <input type="text"/>     |                          |
| Apakah tertanggung tidak masuk kerja sebelumnya dengan kondisi yang sama atau serupa?<br>Jika jawabannya Ya, mohon beri penjelasan dan tanggal kejadiannya.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/>   |                          |                          |

**Informasi Bank Ahli Waris**

Nomor Rekening	<input type="text"/>
Nama Bank	<input type="text"/>
Branch	<input type="text"/>
Nama Rekening	<input type="text"/>

**Data dokter yang merawat**

Nama	<input type="text"/>	No. Telepon Rumah	<input type="text"/>
Alamat	<input type="text"/>	No. Telepon Rumah Sakit	<input type="text"/>

**Pernyataan pemegang polis**

Saya menyatakan bahwa pernyataan di atas adalah lengkap dan akurat, bahwa karyawan di atas memenuhi syarat untuk perlindungan asuransi dan bahwa karyawan tersebut adalah peserta program asuransi kumpulan. Selanjutnya, saya menyatakan bahwa karyawan tersebut di atas masih bekerja pada kami pada saat tanggal kematian atau terjadinya cacat.

 Tempat & Tanggal  / 

Nama &amp; tanda tangan pemegang polis

Jabatan

**Diisi oleh dokter yang merawat**

Nama pasien  Umur  Jenis Kelamin  L  P

Nama dokter yang merawat  Nama Rumah Sakit

Alamat Rumah Sakit  Nomor telepon

Nomor fax

**Anamnesa**

## Pemeriksaan fisik I

## Pemeriksaan penunjang

## Diagnosa utama I

## Diagnosa tambahan Pernyataan

Kapankah pertama kali bertanggung mengunjungi Anda untuk memeriksakan diri, dalam huburigan penyakit yang diderita atau kecelakaan yang menyebabkan kematian/cacat tetap?

Apakah kematian/cacat tetap disebabkan oleh :

- |  | Ya                       | Tidak                    |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Suatu penyakit Jika Ya, jelaskan <input type="text"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Kecelakaan Jika Ya, jelaskan <input type="text"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Pengaruh/akibat dari suatu kecelakaan Jika Ya, jelaskan <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Apakah kecelakaan tersebut dipengaruhi oleh alkohol atau obat-obatan terlarang Jika Ya, jelaskan <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Bunuh diri Jika Ya, jelaskan <input type="text"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Apabila merupakan klaim kematian, apakah dilakukan autopsi?

Jika Ya, jelaskan

Kapankah gejala pertama penyakit dari bertanggung Anda ketahui?

Menurut pengetahuan analisa Anda sejak kapan bertanggung mengidap penyakit tersebut?

(atau berdasarkan anamnesa keluarga)

Keterangan yang masih diperlukan Terapi

**Diisi oleh dokter yang merawat**

Medikamentosa

Jika dilakukan pembedahan, sebutkan jenis pembedahannya! (lengkap)

**Periode perawatan Rumah Sakit**

Tanggal Masuk  Jam Masuk

Tanggal Keluar  Jam Keluar

**Pernyataan dokter**

Saya, dokter yang merawat, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut di atas adalah lengkap dan benar

Tempat & Tanggal  /

Nama & alamat dokter/Rumah Sakit/Klinik

Tanda tangan & nama Dokter

Stempel Dokter