

# FORMULIR KLAIM RAWAT INAP / RAWAT JALAN ASURANSI MIKRO

(Diisi oleh Peserta Asuransi atau Penerima Manfaat dengan jujur, lengkap dan benar)



## Pengajuan Formulir Klaim ini harus disertai dengan :

- Asli Surat Keterangan Dokter Klaim Rawat Inap/Rawat Jalan (Pada Formulir ini)
- Fotokopi identitas Peserta Asuransi atau kuasanya (bila dikuasakan) yang masih berlaku
- Asli atau fotokopi legalisir kuitansi biaya rawat inap/rawat jalan berikut perinciannya
- Fotokopi semua hasil pemeriksaan Rumah Sakit (laboratorium, radiologi, obat dan lain-lain)

Catatan: Dokumen pendukung yang harus disertakan disesuaikan dengan ketentuan yang tercantum di dalam Bukti Kepesertaan.

## IDENTITAS DIRI

Nomor Bukti Kepesertaan

Nama Peserta Asuransi

Tanggal lahir  /  /  Umur  Tahun Jenis Kelamin L  P

Alamat sesuai identitas

No HP  Email :

## INFORMASI KLAIM

### Riwayat Penyakit Sekarang

Jenis Perawatan  Rawat Jalan  Rawat Inap  /  /  Jam  :

Sebab Perawatan  Penyakit  Kecelakaan

Keluhan / Gejala

Tanggal pertama kali diderita  /  /

Kronologis kejadian sampai dirawat

### Jika klaim disetujui, maka pembayaran klaim akan ditransfer ke (Penerima Manfaat sesuai Polis) :

Nomor Rekening

Bank  Cabang

Atas Nama

## PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi dan badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan Peserta Asuransi untuk memberitahukan kepada Astra Life (PT ASURANSI JIWA ASTRA) atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan Peserta Asuransi. Kuasa ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan Polis dan mengikat Saya, Ahli Waris serta Keluarga Saya. Untuk pelaksanaan Kuasa ini Saya dengan ini melepaskan ketentuan-ketentuan dalam Pasal 1813, 1814 dan 1816 kitab Undang-Undang Hukum Perdata. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Nama lengkap

Hubungan dengan Peserta

Tanggal  /  /

Tanda Tangan Pemberi Kuasa

## SURAT KETERANGAN DOKTER KLAIM RAWAT INAP / RAWAT JALAN ASURANSI MIKRO

(Dilengkapi oleh Dokter yang memeriksa)

### IDENTITAS PASIEN

Nama Pasien

Tanggal lahir  /  /  Umur  Tahun  Jenis Kelamin L  P

Nomor Rekam Medis

### DATA PERAWATAN/PENYAKIT

Tanggal Perawatan  /  /  s/d  /  /  =  hari

Kronologis sampai dirawat

Penyebab perawatan  Penyakit  Kecelakaan

Diagnosa

Diagnosa diatas berhubungan dengan : (lingkari pada pilihan yang sesuai)  
Kecelakaan / Bunuh Diri / Kehamilan / Lainnya (mohon jelaskan) :

### Pernyataan Dokter

Dengan ini Saya menyatakan seluruh pernyataan, keterangan dan jawaban yang Saya berikan telah sesuai dengan apa yang saya ketahui secara jujur, lengkap, dan benar sesuai dengan profesi Saya.

Nama Dokter

Nama Rumah Sakit

Alamat Rumah Sakit

Ditandatangani di

Tanggal  /  /

Tanda Tangan Dokter

Stempel Rumah Sakit

PT ASURANSI JIWA ASTRA terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

PT ASURANSI JIWA ASTRA, Pondok Indah Office Tower 3 Lantai 1, Jl. Sultan Iskandar Muda Kav. V-TA, Pondok Indah Jakarta Selatan 12310.

T +62 30422000 F +62 29327979 [www.astralife.co.id](http://www.astralife.co.id)