astra life
member of ASTRA

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 ASURANSI JIWA ASTRA dalam waktu 14 hari setelah tanggal kejadian.
- Semua dokumen yang diperlukan harus diajukan ke PT ASURANSI JIWA ASTRA dalam waktu 90 hari setelah tanggal kematian atau pernyataan cacat total dan tetap.

Identitas diri

Pemegang polis _____ Nomor polis _____ No. Peserta _____

Nama tertanggung _____ Tanggal lahir ___/___/___ Jenis kelamin ☐ L ☐ P

Alamat _____ Pekerjaan _____ Jabatan _____

_____ Tempat bekerja _____ Tanggal masuk kerja _____

No. telepon rumah _____ Tanggal memenuhi syarat untuk perlindungan asuransi _____

No. telepon kantor _____ Tanggal berlakunya kepesertaan _____

Jabatan Data klaim

Berl tanda 'X' pada pilihan yang benar

	Ya	Tidak
1. Apakah tertanggung aktif bekerja pada tanggal perlindungan asuransi mulai berlaku?	☐	☐
Apakah tertanggung aktif bekerja pada tanggal kenaikan uang pertanggungan terakhir?	☐	☐

Jika jawaban dari salah satu pertanyaan di atas adalah Tidak, mohon beri penjelasan.

_____

2. Penyebab kematian atau cacat total dan tetap? _____

Apakah kematian atau cacat total dan tetap terjadi karena Kecelakaan?	☐	☐

Jika Ya, mohon beri penjelasan lengkap apa yang terjadi. _____

Tanggal pertama tidak masuk kerja _____

Tanggal terakhir aktif bekerja _____

Apakah tertanggung tidak masuk kerja sebelumnya dengan kondisi yang sama atau serupa?	☐	☐

Jika jawabannya Ya, mohon beri penjelasan dan tanggal kejadiannya.

_____

Informasi Bank Ahli Waris

Nomor Rekening _____

Nama Bark _____

Branch _____

Nama Rekening _____

Data dokter yang merawat

Nama _____ No. Telepon Rumah _____

Alamat _____ No. Telepon Rumah Sakit _____

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 & 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 tertanggung 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 _____	☐	☐
b) Kecelakaan Jika Ya, jelaskan _____	☐	☐
c) Pengaruh/akibat dari suatu kecelakaan Jika Ya, Jelaskan _____	☐	☐
d) Apakah kecelakaan tersebut dipengaruhi oleh alkohol atau obat-obatan terlarang Jika Ya, Jelaskan _____	☐	☐
e) Bunuh diri Jika Ya, Jelaskan _____	☐	☐
Apabila merupakan klaim kematian, apakah dilakukan autopsi? Jika Ya, Jelaskan _____	☐	☐

Kapankah gejala pertama penyakit dari tertanggung Anda ketahui? _____

Menurut pengetahuan analisa Anda sejak kapan tertanggung mengidap penyakit tersebut?
(atau berdasarkan anamnesa keluarga) _____

Keterangan yang masih diperlukanTerapi _____

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