

FORMULIR KLAIM 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.

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

Beri tanda 'X' pada pilihan yang benar

	Ya	Tidak
1. Apakah Tertanggung aktif bekerja pada tanggal perlindungan asuransi mulai berlaku?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah Tertanggung aktif bekerja pada tanggal kenaikan Uang Pertanggung jawaban terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika jawaban dari salah satu pertanyaan diatas adalah Tidak, mohon beri penjelasan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		
2. Penyebab kematian?		
Apakah kematian terjadi karena kecelakaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika Ya, mohon beri penjelasan lengkap apa yang terjadi.		
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika jawabannya Ya, mohon beri penjelasan dan tanggal kejadiannya.		
<input type="text"/>		

Informasi bank Ahli Waris

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

Tempat & Tanggal / /

Nama & tanda tangan Pemegang Polis

Jabatan

Diisi oleh Dokter yang merawat

Nama Pasien	<input type="text"/>	Umur	<input type="text"/>	Jenis kelamin	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P
Nama dokter yang merawat	<input type="text"/>	Nama Rumah Sakit	<input type="text"/>		
Alamat Rumah Sakit	<input type="text"/>	Nomor telepon	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>	Nomor fax	<input type="text"/>		

Anamnesa

Pemeriksaan fisik I

Pemeriksaan penunjang

Diagnosa utama I

Diagnosa tambahan Pernyataan

Kapankah pertama kali Tertanggung mengunjungi anda untuk memeriksakan diri, dalam hubungan penyakit yang diderita atau kecelakaan yang menyebabkan kematian?

Apakah kematian disebabkan oleh:

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

Apabila merupakan Klaim kematian, apakah dilakukan autopsi?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika Ya, Jelaskan	<input type="text"/>	

Kapankan gejala pertama penyakit dari tertanggung anda ketahui?

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

Keterangan yang masih diperlukan Terapi

Diisi oleh Dokter yang merawat

Medikamentosa

Jika dilakukan pembedahan, sebutkan jenis pembedahaannya (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

Aplikasi Layanan Nasabah Astra Life dalam Genggaman



my Portfolio

Gabungkan semua polis Astra Life kamu untuk kemudahan mengakses manfaat dan melihat portofolio perlindunganmu



my Claim

Anti ribet untuk pengajuan klaim kamu



my e-Card

Akses e-card jadi lebih mudah untuk klaim di Rumah Sakit



my Fund Value

Pantau portofolio dana unit link dalam satu aplikasi

Download sekarang di



Pusat Informasi dan Layanan Pengaduan

Syarat dan ketentuan yang berlaku terkait Produk Asuransi ini dapat diperoleh pada media berikut ini:

Contact Center Hello Astra Life



1 500 282

Senin - Minggu, 24 jam

E-mail & Whatsapp



hello@astralife.co.id



08952-1500282

Senin - Jumat, 08.00 - 16.00 WIB

Website & Social Media

www.astralife.co.id

@ astralifeID

Surat Menyurat & Walk-In Customer

PT ASURANSI JIWA ASTRA

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