

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

Nomor Rekam Medis

/		/		Umur		Tahun		Jenis Kelamin		L		P																	

DATA PERAWATAN/PENYAKIT

Tanggal Perawatan

Kronologis sampai dirawat

Penyebab perawatan

Penyakit

Kecelakaan

Diagnosa

Diagnosa diatas berhubungan dengan : (lingkari pada pilihan yang sesuai)

Kecelakaan / Bunuh Diri / Kehamilan / Lainnya (mohon jelaskan) :

/		/		s/d		/		/		=		hari	
---	--	---	--	-----	--	---	--	---	--	---	--	------	--

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

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



Senin - Minggu, 24 jam

E-mail & Whatsapp



Senin - Jumat, 08.00 - 16.00 WIB

Website & Social Media



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