astra life
member of ASTRA

# FORMULIR KLAIM RAWAT INAP DAN PEMBEDAHAN
## *HOSPITAL & SURGICAL CLAIM FORM*

**Petunjuk Pengajuan Klaim /** *Guideline of Claim Submission*

1. Formulir ini harus dilengkapi dan hanya berlaku untuk SATU orang pasien dan harus diisi dengan lengkap dan ditandatangani oleh peserta atau orang tua jika pasien adalah anak-anak.
   *This form should be compleyed for the inpatient claims of ONE patient only and must be fully completed and signed by the insured person or by his/her parents for minor patien.*
2. Formulir ini harus diisi dengan jujur, lengkap, benar, dan jelas.
   *This form should be filled in honestly, correctly, completely and clearly.*
3. Klaim baru dapat diteliti dan diproses lebih lanjut hanya bila semua dokumen pendukung pengajuan klaim telah diisi, dilengkapi dan dilampirkan sesuai dengan ketentuan Polis PT ASURANSI JIWA ASTRA. Dokumen pendukung pengajuan klaim meliputi: Surat Jaminan; Formulir Klaim; Kwitansi Asli beserta perinciannya dimana terdapat nama pasien, tanggal perawatan dan biaya perawatan; copy resep obat-obatan; hasil pemeriksaan penunjang diagnostik dan Histopatology.
   *The claim can only be processed if all supporting documents have been filled in, completed and attached in accordance with policy of PT ASURANSI JIWA ASTRA. The Supporting documents shall include: Guarantee Letter, Claim Form, All Original Receipts bearing the name of the patient, date of treatment and amount charged; detailed report of medical prescription, laboratory/radiology results and Histopathology Report.*

**Diisi oleh Tertanggung asuransi atau orangtua pasien bila pasien adalah anak.**
***To be filled by the insured or by his / her parents for minor patient.***

| **DATA KARYAWAN /** *EMPLOYEE DATA* | | **DATA PASIEN /** *PATIEN DATA* | |
|---|---|---|---|
| Nama Perusahaan<br>*Name of Company* | | Nama<br>*Name* | |
| Nomor Polis<br>*Policy Number* | | Nomor Peserta<br>*Registration Number* | |
| Nama<br>*Name* | | Tangal Lahir<br>*Date of Birth* | |
| Nomor Peserta<br>*Registration Number* | | Jenis Kelamin<br>*Sex* | |
| Alamat / No Telp<br>*Address / Phone No* | | Hubungan<br>*Relation* | ☐ Diri Sendiri/*Him/herself* ☐ Anak/*Child*<br>☐ Istri/*Wife*, Suami/*Husband* |
| Jika ada polis asuransi lain yang menutup asuransi atas perawatan ini, harap berikan nama perusahaan asuransi, alamat, nomor teleponnya :<br>*If another insurance policy covers this case, please state the name of the company, address, and telephone number :* | | | |
| Total Jumlah Klaim<br>*Total Amount of Claim* | | | |
| Pengajuan Klaim<br>*Claim Submission As* | ☐ Baru<br>*New* | ☐ Tinjau Ulang<br>*Re-claim* | |

**PEMBERIAN KUASA**
***POWER OF ATTORNEY***

**Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan jujur, lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, tenaga medis, rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, dan badan hukum, perorangan, instansi/lembaga atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan, memberikan informasi/data/dokumen kepada PT ASURANSI JIWA ASTRA atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan catatan riwayat kesehatan saya sehubungan dengan pertanggungan dan pelayanan Asuransi serta segala hal yang berkaitan dengannya sesuai dengan kebutuhan PT ASURANSI JIWA ASTRA. Untuk pelaksanaan kuasa ini saya/kami dengan ini melepaskan ketentuan-ketentuan dalam pasal 1813, 1814, dan 1816 Kitab Undang Undang Hukum Perdata Indonesia tentang berakhirnya kuasa. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sahnya seperti aslinya.**

*I declare that I have read, understood and answered all the questions above completely and correctly. I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company, legal institution, personal or other organization that has any records or information on the health of the insured person to inform PT ASURANSI JIWA ASTRA or its authorized party about any explation about my health condition in accordance with insurance coverage and services and all things related to it that meets the requirement of PT ASURANSI JIWA ASTRA. For the execution of this power I/we here by waive the provisions of section 1813, 1814, and 1816 of the Indonesian Civil Code to the termination power. A photographic copy of this statement should be as valid and legal as the original.*

Tempat & Tanggal / *Place & Date*

_____
Tanda tangan, nama jelas karyawan/keluarga karyawan
*Signature, name of employee/employee family*

astra life
member of ASTRA

**Untuk diisi dengan lengkap oleh Dokter yang merawat dan Dokter Bedah**
*To be filled in by the attending doctor or surgeon for surgical treatment*

# KETERANGAN DOKTER
## *MEDICAL RESUME*

Saya menerangkan dengan sesungguhnya bahwa saya telah memeriksa penyakit / luka yang diderita pasien tersebut di bawah ini.
I do certify that I personally examined the sickness / injury sustained by patient mentioned below.

Nama Pasien / *Patient's Name* | Nomor Rekam Medik / *Medical Record Number*

Tanggal Mulai Dirawat / *Begin Date* | Tanggal Pasien Keluar Perawatan / *Discharge Date*

Keluhan Utama / *Primary Symptoms*

Keluhan Tambahan / *Other Symptoms*

Sudah berapa lama keluhan tersebut dirasakan oleh pasien? / *How long has the patient suffered from?*

Indikasi Rawat Inap / *Indication for Hospitalization*

Tujuan Perawatan / *Purpose of Treatment*
☐ Observasi / *Observation* ☐ Diagnostik / *Diagnostic* ☐ Terapi / *Therapeutic*

Pemeriksaan Fisik / *Physical Examination* TD / *BP:* _____ Nadi / *Pulse:* _____ Suhu / *Temperature:* _____ °C RR: _____

Diagnosa / *Diagnosis* | Kode ICD X / *ICD X Code*

Terapi / *Therapy*

Apakah pasien pernah mendapatkan perawatan sebelumnya untuk keadaan / penyakit ini? Mohon dijelaskan.
*Has the patient ever been treated for this symptoms/illness ? Please explain.*

Bila Pasien rujukan, Nama Dokter dan Instansi kesehatan yang merujuk adalah:
*For a referred patient, please state the name and address of the referring hospital and physician:*

Tindakan atau Operasi selama perawatan / *Procedures or Surgery during treatment*

Alasan memilih Jenis Tindakan di atas / *Reason to choose the above Procedures*

Apakah penyakit / kondisi diatas disebabkan atau berhubungan dengan
*Are the above illness / conditions caused by or related to*

☐ Kelainan Bawaan / *Congenital Anomaly*
☐ *Mental disorder* / *Mental disorder*
☐ Kecelakaan / *Accident*
☐ Penyakit Hubungan Sexual / *Sexual transmitted*
☐ Gigi & komplikasinya / *Dental & complications*
☐ Kehamilan / *Pregnancy* Tanggal HPHT / *The first date of last period :* _____
Jika Ya harap jelaskan / *If Yes please explain:*

☐ Kesuburan / *Fertility*
☐ Gangguan Hormonal / *Hormonal Imbalance*
☐ Kosmetik atau Estetika / *Cosmetics or Aesthetics*
☐ Lainnya / *Others* _____

Bila perawatan dikarenakan kecelakaan kerja, mohon dicantumkan / *If the treatment is due to occupational accident please state*

Tanggal kecelakaan / *date of accident:*

Penyebab kecelakaan / *cause of accident:*

astra life
member of ASTRA

Prognosis / *Prognose*

Pasien pulang dalam keadaan / *Patient's condition when discharged*

☐ Sembuh / *Recovered* ☐ Meninggal / *Dead* ☐ Lainnya / *Other* _____

Saya menyatakan bahwa seluruh informasi diatas adalah benar berdasarkan ilmu pengetahuan yang saya miliki dan keyakinan saya,
*I declare that the information above is true and complete to the best of my knowledge and belief.*

Tempat & Tanggal / *Place & Date:* _____


**Aplikasi Layanan Nasabah Astra Life dalam Genggaman**

my astra life

**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**
Get it on Google Play
Download on the App Store

**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**
1500282
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

**PT ASURANSI JIWA ASTRA berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan**