

## FORMULIR KLAIM CACAT TOTAL TETAP/CACAT TOTAL SEMENTARA/ PEMBEBASAN PREMI/TERMINAL ILLNESS (BAGIAN 1)

(Dilengkapi oleh Pemegang Polis atau Penerima Manfaat dengan jujur dan benar)

**Pengajuan Formulir Klaim ini harus disertai dengan :**

- Surat Keterangan Dokter Klaim cacat total tetap/Pembebasan Premi/Terminal Illness (Bagian 2) asli
- Buku Polis asli
- Fotokopi identitas & bukti pendukung dari Pemegang Polis/Tertanggung dan Penerima Manfaat yang masih berlaku
- Surat Keterangan bahwa Tertanggung sudah tidak dapat bekerja dari Perusahaan tempat Tertanggung bekerja
- Fotokopi semua hasil Pemeriksaan Medis (laboratorium, radiologi, obat, dan lain-lain)
- Fotokopi buku Tabungan Penerima Manfaat
- Surat Keterangan Kepolisian (apabila meninggal dunia akibat kecelakaan atau tidak wajar) asli atau legalisirnya

**IDENTITAS DIRI**

Nomor Polis	<input type="text"/>		
Nama Pemegang Polis	<input type="text"/>		
Nama Tertanggung	<input type="text"/>		
Tempat & tanggal lahir	<input type="text"/> & <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Jenis Kelamin	L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>
Alamat lengkap	<input type="text"/>		
No Telepon Rumah	<input type="text"/>	No HP	<input type="text"/>
No Telepon Kantor	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>

**KETERANGAN PEKERJAAN**

Jenis pekerjaan yang dikerjakan sebelum terjadinya cacat (mohon uraikan)

---

Nama dan alamat Perusahaan

---

Tanggal terakhir bekerja  /  /

Penyakit/Cacat yang diderita

Keluhan/Gejala

Tanggal pertama kali menderita  /  /

**Bila Penyebab penyakit/cacat karena kecelakaan :**

Tanggal Kecelakaan  /  /  Jam  :

Tempat Kecelakaan

Kronologis Kecelakaan

---

**Informasi Dokter atau Rumah Sakit Lngganan**

Dokter/Rumah Sakit  No. Telepon

Alamat lengkap

**Jika klaim, disetujui, maka pembayaran klaim akan ditransfer ke (lampirkan fotokopi buku Tabungan) :**

Nomor rekening

Bank  Cabang

Negara tempat Penerima pembayaran klaim

Atas nama

**PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA**

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, 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 diri atau kesehatan Pemegang Polis/Tertanggung untuk memberitahukan kepada Astra Life (PT ASURANSI JIWA ASTRA).

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 Tertanggung

Tanggal  /  /

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan Pemberi Kuasa

## SURAT KETERANGAN DOKTER KLAIM CACAT TOTAL TETAP/CACAT TOTAL SEMENTARA/ PEMBEBASAN PREMI/TERMINAL ILLNESS (BAGIAN 2)

(Dilengkapi oleh Dokter yang merawat/memeriksa)

<b>IDENTITAS PASIEN</b>	
Nama Pasien	<input type="text"/>
Tanggal lahir	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Umur <input type="text"/> Tahun Jenis Kelamin L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>
Nomor Rekam Medis	<input type="text"/>

<b>DATA PERAWATAN/PENYAKIT</b>	
Tanggal Perawatan	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> s/d <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>Riwayat Penyakit Sekarang</b>	
Sebab utama penyakit/cacat tetap	<input type="text"/>
Gejala/keluhan Penyakit	<input type="text"/>
Tanggal pertama kali keluhan/gejala diketahui Pasien	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Diagnosa	<input type="text"/>
Tanggal pertama kali penyakit terdiagnosa	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Penyebab/penyakit yang mendasari	<input type="text"/>
Penyakit yang mendasari diderita sejak	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Apakah diagnosa diatas berhubungan dengan : <b>(berikan tanda v pada pilihan yang sesuai)</b>	
• Kecelakaan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
• Bunuh Diri	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
• Alkohol dan obat-obatan terlarang	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
• HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

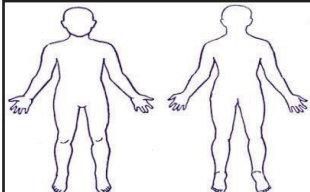
**\*KHUSUS UNTUK KLAIM CACAT TOTAL TETAP/PEMBEBASAN PREMI**

Apakah Tertanggung tidak mampu melakukan pekerjaan/profesinya/terlibat dalam suatu bentuk pekerjaan alternatif lainnya yang dapat memberikan penghasilan, upah/manfaat yang berlangsung selama 6 (enam) bulan berturut-turut?  Ya  Tidak

**Apabila kondisi tersebut di atas merupakan kehilangan fungsi, (berikan tanda v pada kolom yang sesuai)**

BAGIAN TUBUH YANG MENGALAMI KEHILANGAN FUNGSI	YA	TIDAK
- Satu mata		
- Kedua mata		
- Satu lengan		
- Satu tungkai		
- Kedua lengan atau kedua tungkai		

**Tandai bagian tubuh yang mengalami kehilangan fungsi pada gambar di bawah ini:**



**Apabila kondisi tersebut di atas bukan merupakan kehilangan fungsi, namun memiliki keterbatasan dalam beraktivitas (berikan tanda v pada kolom yang sesuai)**

AKTIVITAS HIDUP SEHARI-HARI	YA	TIDAK
- Pindah tempat (kemampuan untuk berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi dengan sandaran yang tegak atau kursi roda dan sebaliknya)		
- Mobilitas (kemampuan untuk berpindah dari ruangan yang satu ke ruangan yang lainnya pada lantai yang sama)		
- <i>Toileting</i> (kemampuan untuk menggunakan toilet atau menjaga fungsi buang air besar dan kecil dengan baik sehingga dapat mempertahankan kebersihan dirinya dengan memuaskan)		
- Berpakaian (kemampuan untuk memakai, melepaskan, mengencangkan dan mengendorkan seluruh pakaian dan alat bantu yang terpasang seperti kawat penyangga tubuh, alat bantu gerak palsu atau alat bantu bedah lainnya)		
- Mandi (kemampuan untuk mandi di dalam kamar mandi atau menggunakan pancuran ( <i>shower</i> ), termasuk keluar kamar mandi atau mandi menggunakan alat bantu lainnya)		
- Makan (kemampuan untuk makan sendiri pada saat makanan telah dipersiapkan dan disajikan)		

**\*KHUSUS UNTUK KLAIM TERMINAL ILLNESS**

Apakah Tertanggung terdiagnosa secara medis mengalami suatu penyakit yang dapat berakibat pada kematian dalam waktu 12 (dua belas) bulan terhitung sejak tanggal diagnosa?  Ya  Tidak

*\*coret yang tidak perlu*

**SURAT KETERANGAN DOKTER KLAIM CACAT TOTAL TETAP/CACAT TOTAL SEMENTARA/  
PEMBEBASAN PREMI/TERMINAL ILLNESS (BAGIAN 3)**

(Dilengkapi oleh Dokter yang merawat/memeriksa)

Riwayat Penyakit Dahulu			
Tanggal	Gejala Penyakit	Diagnosa	Nama Rumah Sakit

**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

\*coret yang tidak perlu

**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**



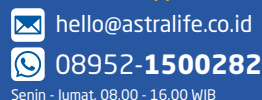
**Pusat Informasi dan Layanan Pengaduan**

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

**Contact Center Hello Astra Life**



**E-mail & Whatsapp**



**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