

## FORMULIR KLAIM RAWAT INAP/RAWAT JALAN (BAGIAN 1)

(Dilengkapi oleh Pemegang Polis dan Tertanggung/Peserta dengan jujur dan benar)

### Pengajuan Formulir Klaim ini harus disertai dengan :

- Surat Keterangan Dokter Klaim rawat inap/rawat jalan (Bagian 2) asli
- Fotokopi identitas Pemegang Polis dan Tertanggung yang masih berlaku
- Semua kuitansi asli atau fotokopi legalisir (khusus untuk santunan harian rawat inap) berikut perinciannya
- Fotokopi semua hasil Pemeriksaan Medis (laboratorium, radiologi, obat, dan lain-lain)
- Fotokopi buku Tabungan Pemegang Polis
- Surat Keterangan Kepolisian (apabila meninggal dunia akibat kecelakaan atau tidak wajar) asli atau legalisirnya

### IDENTITAS DIRI

Nomor Polis

Nama Pemegang Polis

Nama Tertanggung

Tempat & tanggal lahir  &  /  /  Jenis Kelamin L  P

Alamat lengkap

No Telepon Rumah  No HP

No Telepon Kantor  Email

### INFORMASI KLAIM

#### Riwayat Penyakit Sekarang

Jenis perawatan  Rawat Jalan  Rawat Inap

Sebab perawatan  Penyakit  Kecelakaan

Keluhan/Gejala

Tanggal Pertama kali diderita  /  /

Kronologis kejadian sampai dirawat

#### Riwayat Penyakit Dahulu

Gejala/Diagnosa penyakit

Tanggal pemeriksaan/perawatan  /  /  s/d  /  /

Dokter/Rumah Sakit  No. Telepon

Alamat lengkap

Apakah Tertanggung mempunyai asuransi yang lain ?  Ya  Tidak

Jika Ya, cantumkan nama perusahaan dan nomor polis

### Informasi Dokter atau Rumah Sakit Langgan

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 RAWAT INAP/RAWAT JALAN (BAGIAN 2)**

(Dilengkapi oleh Dokter yang merawat/memeriksa)

**IDENTITAS PASIEN**

Nama Pasien

Tanggal lahir  /  /  Umur  Tahun Jenis Kelamin L  P

Nomor Rekam Medis

**DATA PERAWATAN/PENYAKIT**

Tanggal Perawatan  /  /  s/d  /  /  =  Hari

**Riwayat Penyakit Sekarang**

Gejala/keluhan Penyakit

Tanggal pertama kali keluhan/gejala diketahui Pasien  /  /

Diagnosa

Tanggal pertama kali penyakit terdiagnosa  /  /

Penyebab/penyakit yang mendasari

Penyakit yang mendasari diderita sejak  /  /

Apakah diagnosa diatas berhubungan dengan : **(berikan tanda v pada pilihan yang sesuai)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kelainan bawaan/kongenital     | <input type="checkbox"/> Penyakit Hubungan Sexual |
| <input type="checkbox"/> Kehamilan/Komplikasi kehamilan | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS                 |
| <input type="checkbox"/> Gangguan kejiwaan              | <input type="checkbox"/> Kosmetik                 |
| <input type="checkbox"/> Lainnya _____                  |   |

Hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, rontgen USG, CT-Scan dll pada saat perawatan

Terapi/Tindakan yang dilakukan

Nama dan Alamat Dokter yang merujuk :

**Riwayat Penyakit Dahulu**

Tanggal	Gejala Penyakit	Diagnosa	Nama Rumah Sakit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**SURAT KETERANGAN DOKTER RAWAT INAP/RAWAT JALAN (BAGIAN 3)**

(Dilengkapi oleh Dokter yang merawat/memeriksa)

**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 Genggamannya**



**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**



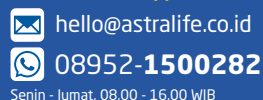
**Pusat Informasi dan Layanan Pengaduan**

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