

FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN

Bag 1. Diisi oleh Pasien/Peserta/*Filled by Patient/Member*

Nama Perusahaan/*Policy Holder* _____

No. Polis/*Policy Number* _____

Nama Karyawan/*Name of Employee* _____

Nama lengkap Pasien/*Name of Patient* _____

No. Peserta Asuransi/*No. of Member* _____

Status Pasien/*Patient Status*

Karyawan
Employee

Istri/Suami
Spouse

Anak
Child

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas 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 Kepada PT ASURANSI JIWA ASTRA atau mereka yang diberi kuasa atau kewenangan olehnya, segala keterangan mengenai diri dan catatan riwayat kesehatan saya sehubungan dengan pertanggungjanaan 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 sah seperti aslinya // *Declare that I have read, understood and answered all the questions above honestly, completely and correctly. I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health center, laboratory, 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 explanation 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 hereby 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.*

Nama & Tanda tangan pasien / karyawan
Name, signature of employee / insured person

Bag 2. Diisi oleh Dokter yang memeriksa/*Filled by Doctor*

Tanggal pelayanan/*Date of treatment* _____

Anamnesa/*Anamnesa* _____

Pemeriksaan fisik/*Physical examination* _____

Diagnosis/*Diagnosis* _____

Penyebab diagnosis/*Cause of diagnosis*

Kelainan Bawaan / Hereditier
Congenital / Hereditary Disease

Gangguan Hormonal
Hormonal Imbalance

Penyakit Hubungan Seksual
Sexual transmitted Disease

Kosmetik
Cosmetics

Gigi & komplikasinya
Dental & complications

Mental Disorder
Mental Disorder

Lainnya/*Others:* _____

Hasil Laboratorium/*Laboratory result* _____

Terapi/*Treatment* _____

Saya, dokter yang merawat /memeriksa, dengan ini menyatakan keterangan tersebut di atas lengkap dan benar
I declare that the information above is true and complete to the best of my knowledge and belief.

Nama & Tanda Tangan Dokter
Name & Signature of Doctor

Petunjuk:

- Formulir klaim harus diisi hanya untuk klaim rawat jalan, dan berlaku untuk satu orang pasien saja.
- Formulir klaim ini harus diisi dengan lengkap oleh tertanggung, atau karyawan dalam hal tertanggung berusia kurang dari 18 tahun (bag. 1), dan dokter yang memeriksa (Bag. 2).
- Semua kuitansi asli harus dilampirkan dengan formulir ini, disertai dengan resume medis lengkap dokter dan dokumen sebagai berikut:
 - 1) Copy surat rujukan pemeriksaan penunjang dari dokter dan / atau copy hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, rontgen, patologi anatomi, dll).
 - 2) Copy resep dokter atau perincian obat-obatan dan detail pemakaian obat.
- Setiap klaim harus diajukan kepada PT ASURANSI JIWA ASTRA dalam waktu selambat-lambatnya 30 hari setelah tanggal pemeriksaan.
- Klaim tidak dapat dibayar untuk keadaan-keadaan yang dikecualikan seperti tercantum dalam ketentuan polis.

Instructions:

- *This claim form shall be completed for outpatient benefit, and use for one patient.*
- *This claim form shall be completed by insured person or employee if the insured person less than 18 years old (Part.1), and the attending physician (Part. 2).*
- *All original bills and receipts must be attached to this claim form together with the following documents:*
 - 1) *Copies of referral diagnostic test from physician and or copies of all diagnostic test (laboratory, pathology anatomy, x ray, etc).*
 - 2) *Copy or details of a prescription medicine and detailed use of drugs.*
- *Any claim shall be submitted to PT ASURANSI JIWA ASTRA within 30 days from hospital discharge.*
- *No benefit are payable for expenses related to the exclusions listed in the Provisions.*

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