

## Formulir Klaim Kematian

### Petunjuk-petunjuk

- Formulir klaim ini harus diisi dengan lengkap oleh Pemegang Polis.
- Pemegang Polis harus memberitahukan PT. ASTRA AVIVA LIFE dalam waktu 14 hari setelah tanggal kejadian.
- Semua dokumen yang diperlukan harus diajukan ke PT. ASTRA AVIVA LIFE dalam waktu 90 hari setelah tanggal kematian.

### Identitas Diri

Pemegang Polis	<input type="text"/>	Nomor Polis	<input type="text"/>	No. Peserta	<input type="text"/>
Nama Tertanggung	<input type="text"/>	Tanggal lahir	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Jenis kelamin	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P
Alamat	<input type="text"/>	Pekerjaan	<input type="text"/>	Jabatan	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Tempat bekerja	<input type="text"/>	Tanggal masuk kerja	<input type="text"/>
No. telepon rumah	<input type="text"/>	Tanggal memenuhi syarat untuk perlindungan asuransi	<input type="text"/>		
No. telepon kantor	<input type="text"/>	Tanggal berlakunya kepesertaan	<input type="text"/>		

### Jabatan Data klaim

Berl tanda 'X' pada pilihan yang benar

	Ya	Tidak
1. Apakah Tertanggung aktif bekerja pada tanggal perlindungan asuransi mulai berlaku? Apakah Tertanggung aktif bekerja pada tanggal kenaikan Uang Pertanggunganaan terakhir? Jika jawaban dari salah satu pertanyaan di atas adalah Tidak, mohon beri penjelasan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		
2. Penyebab kematian? Apakah kematian terjadi karena kecelakaan? Jika Ya, mohon beri penjelasan lengkap apa yang terjadi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tanggal pertama tidak masuk kerja	<input type="text"/>	
Tanggal terakhir aktif bekerja	<input type="text"/>	
Apakah Tertanggung tidak masuk kerja sebelumnya dengan kondisi yang sama atau serupa? Jika jawabannya Ya, mohon beri penjelasan dan tanggal kejadiannya.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		

### Informasi Bank Ahli Waris

Nomor Rekening	<input type="text"/>
Nama Bank	<input type="text"/>
Cabang	<input type="text"/>
Nama Rekening	<input type="text"/>

### Data Dokter yang Merawat

Nama	<input type="text"/>	No. Telepon Rumah	<input type="text"/>
Alamat	<input type="text"/>	No. Telepon Rumah Sakit	<input type="text"/>

### Pernyataan Pemegang Polis

Saya menyatakan bahwa pernyataan di atas adalah lengkap dan akurat, bahwa karyawan di atas memenuhi syarat untuk perlindungan asuransi dan bahwa karyawan tersebut adalah peserta program asuransi kumpulan. Selanjutnya, saya menyatakan bahwa karyawan tersebut di atas masih bekerja pada kami pada saat tanggal kematian.

Tempat & Tanggal  /

\_\_\_\_\_  
Nama & tanda tangan Pemegang Polis

\_\_\_\_\_  
Jabatan

**Diisi oleh Dokter yang Merawat**

Nama pasien \_\_\_\_\_ Umur \_\_\_\_\_ Jenis Kelamin  L  P  
 Nama dokter yang merawat \_\_\_\_\_ Nama Rumah Sakit \_\_\_\_\_  
 Alamat Rumah Sakit \_\_\_\_\_ Nomor telepon \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Nomor fax \_\_\_\_\_

**Anamnesa**

\_\_\_\_\_

Pemeriksaan fisik I \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pemeriksaan penunjang \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnosa utama I \_\_\_\_\_

Diagnosa tambahan Pernyataan \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kapankah pertama kali Tertanggung mengunjungi Anda untuk memeriksakan diri, dalam hubungan penyakit yang diderita atau kecelakaan yang menyebabkan kematian? \_\_\_\_\_

Apakah kematian disebabkan oleh:	Ya	Tidak
a) Suatu penyakit Jika Ya, jelaskan _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kecelakaan Jika Ya, jelaskan _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Pengaruh/akibat dari suatu kecelakaan Jika Ya, jelaskan _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Apakah kecelakaan tersebut dipengaruhi oleh alkohol atau obat-obatan terlarang Jika Ya, jelaskan _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Bunuh diri Jika Ya, jelaskan _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apabila merupakan klaim kematian, apakah dilakukan autopsi? Jika Ya, jelaskan _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kapankah gejala pertama penyakit dari Tertanggung Anda ketahui? \_\_\_\_\_

Menurut pengetahuan analisa Anda sejak kapan Tertanggung mengidap penyakit tersebut? (atau berdasarkan anamnesa keluarga) \_\_\_\_\_

Keterangan yang masih diperlukan Terapi \_\_\_\_\_

**Diisi oleh Dokter yang Merawat**

Medikamentosa \_\_\_\_\_

Jika dilakukan pembedahan, sebutkan jenis pembedahannya (lengkap)  
 \_\_\_\_\_

**Periode Perawatan Rumah Sakit**

Tanggal Masuk \_\_\_\_\_ Jam Masuk \_\_\_\_\_

Tanggal Keluar \_\_\_\_\_ Jam Keluar \_\_\_\_\_

**Pernyataan dokter**

Saya, dokter yang merawat, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut di atas adalah lengkap dan benar.

Tempat & Tanggal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nama & Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan & Nama Dokter

\_\_\_\_\_  
Stempel Dokter