

FORMULIR KLAIM CACAT TOTAL DAN TETAP ASURANSI MIKRO

(Diisi oleh Peserta Asuransi atau Penerima Manfaat dengan jujur, lengkap dan benar)

Pengajuan Formulir Klaim ini harus disertai dengan :

- Asli Surat Keterangan Dokter Klaim Cacat Total dan Tetap (Pada Formulir ini)
- Fotokopi identitas dari Peserta Asuransi dan Penerima Manfaat yang masih berlaku
- Asli atau legalisir Berita Acara dari Kepolisian (apabila akibat kecelakaan lalu lintas atau tidak wajar)
- Fotokopi semua hasil pemeriksaan Rumah Sakit (laboratorium, radiologi, obat, dan lain-lain)

Catatan: Dokumen pendukung yang harus disertakan disesuaikan dengan ketentuan yang tercantum di dalam Bukti Kepesertaan.

IDENTITAS DIRI

 Nomor Bukti Kepesertaan
 Nama Peserta Asuransi
 Tanggal lahir / / Umur Tahun Jenis Kelamin L P
 Alamat sesuai identitas
 No HP Email :
INFORMASI KLAIM

 Penyebab cacat Penyakit Kecelakaan
 Bila Penyebab cacat karena kecelakaan :
 Tanggal Kecelakaan / / Jam :
 Tempat Keceelakaan
 Kronologis Kecelakaan
PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan 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 kesehatan Peserta Asuransi untuk memberitahukan kepada Asuransi Astra Life (PT Astra Aviva Life) atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan Peserta Asuransi. 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 Peserta
 Tanggal / /
 Tanda Tangan Pemberi Kuasa _____

SURAT KETERANGAN DOKTER KLAIM MENINGGAL DUNIA ASURANSI MIKRO

(Dilengkapi oleh Dokter yang memeriksa)

IDENTITAS PASIEN

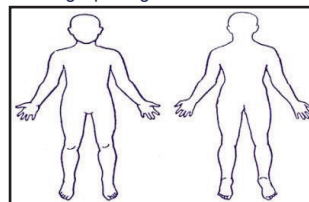
 Nama Pasien
 Tanggal lahir / / Umur Tahun Jenis Kelamin L P
 Nomor Rekam Medis
DATA PERAWATAN/PENYAKIT

 Tanggal Perawatan / / s/d / / = hari
 Kronologis terjadinya cacat
 Penyebab cacat Penyakit Kecelakaan
 Diagnosa
 Diagnosa diatas berhubungan dengan : (berikan tanda v pada pilihan yang sesuai)
 • Kecelakaan Ya Tidak
 • Bunuh Diri Ya Tidak
 • Kehamilan Ya Tidak
 • Lainnya (mohon jelaskan) : _____

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:


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 _____