

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 Kecelakaan

Kronologis Kecelakaan

Jika klaim disetujui, maka pembayaran klaim akan ditransfer ke (Penerima Manfaat sesuai Polis) :

Nomor Rekening

Bank Cabang

Atas Nama

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, 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 CACAT TOTAL DAN TETAP 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

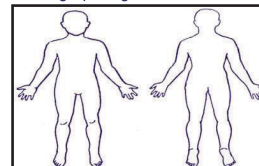
Diagnosa diatas berhubungan dengan : (lingkari pada pilihan yang sesuai)

Kecelakaan / Bunuh Diri / Kehamilan / 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

PT Astra Aviva Life terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

PT ASTRA AVIVA LIFE, Pondok Indah Office Tower 3, 1st Floor, Jl. Sultan Iskandar Muda Kav. V-TA, Pondok Indah Jakarta Selatan 12310. T +62 30422000 F+62 29327979 www.astralife.co.id