

**FORMULIR KLAIM CACAT TOTAL TETAP / CACAT TOTAL SEMENTARA /
PEMBEBASAN PREMI / TERMINAL ILLNESS (BAGIAN 1)** *coret yang tidak perlu

(Dilengkapi oleh Pemegang Polis atau Penerima Manfaat dengan jujur dan benar)

Pengajuan Formulir Klaim ini harus disertai dengan :

- Surat Keterangan Dokter Klaim cacat total tetap / Pembebasan Premi / Terminal Illness (Bagian 2) asli
- Buku Polis asli
- Surat Keterangan yang ditandatangani oleh Dokter yang menyatakan keadaan cacat total tetap terus menerus selama 6 bulan asli atau legalisirnya
- Fotokopi identitas & bukti pendukung dari Pemegang Polis/Tertanggung dan Penerima Manfaat yang masih berlaku
- Surat Keterangan bahwa Tertanggung sudah tidak dapat bekerja dari Perusahaan tempat Tertanggung bekerja
- Fotokopi semua hasil Pemeriksaan Medis (laboratorium, radiologi, obat, dan lain-lain)
- Fotokopi buku Tabungan Penerima Manfaat
- 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

KETERANGAN PEKERJAAN

Jenis pekerjaan yang dikerjakan sebelum terjadinya cacat (mohon uraikan)

Nama dan alamat Perusahaan

 Tanggal terakhir bekerja / /

Penyakit / Cacat yang diderita

Keluhan / Gejala

 Tanggal pertama kali menderita / /
Bila Penyebab penyakit / cacat karena kecelakaan :

 Tanggal Kecelakaan / / Jam :

Tempat Kecelakaan

Kronologis Kecelakaan

Informasi Dokter atau Rumah Sakit Langganan

 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 Asuransi Astra Life (PT Astra Aviva Life).

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 KLAIM CACAT TOTAL TETAP / CACAT TOTAL SEMENTARA /
PEMBEBASAN PREMI / TERMINAL ILLNESS (BAGIAN 2)** *coret yang tidak perlu
(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 / /

Riwayat Penyakit Sekarang

Sebab utama penyakit / cacat tetap _____

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)**

- Kecelakaan Ya Tidak
- Bunuh Diri Ya Tidak
- Alkohol dan obat-obatan terlarang Ya Tidak
- HIV/AIDS Ya Tidak

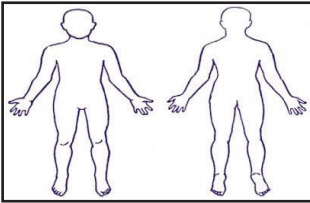
***KHUSUS UNTUK KLAIM CACAT TOTAL TETAP / PEMBEBASAN PREMI**

Apakah Tertanggung tidak mampu melakukan pekerjaan / profesinya / terlibat dalam suatu bentuk pekerjaan alternatif lainnya yang dapat memberikan penghasilan, upah / manfaat yang berlangsung selama 6 (enam) bulan berturut-turut? Ya Tidak

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:



Apabila kondisi tersebut di atas bukan merupakan kehilangan fungsi, namun memiliki keterbatasan dalam beraktivitas (berikan tanda v pada kolom yang sesuai)

AKTIVITAS HIDUP SEHARI-HARI	YA	TIDAK
- Pindah tempat (kemampuan untuk berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi dengan sandaran yang tegak atau kursi roda dan sebaliknya)		
- Mobilitas (kemampuan untuk berpindah dari ruangan yang satu ke ruangan yang lainnya pada lantai yang sama)		
- Toileting (kemampuan untuk menggunakan toilet atau menjaga fungsi buang air besar dan kecil dengan baik sehingga dapat mempertahankan kebersihan dirinya dengan memuaskan)		
- Berpakaian (kemampuan untuk memakai, melepaskan, mengencangkan dan mengendorkan seluruh pakaian dan alat bantu yang terpasang seperti kawat penyangga tubuh, alat bantu gerak palsu atau alat bantu bedah lainnya)		
- Mandi (kemampuan untuk mandi di dalam kamar mandi atau menggunakan pancuran (shower), termasuk keluar kamar mandi atau mandi menggunakan alat bantu lainnya)		
- Makan (kemampuan untuk makan sendiri pada saat makanan telah dipersiapkan dan disajikan)		

***KHUSUS UNTUK KLAIM TERMINAL ILLNESS**

Apakah Tertanggung terdiagnosa secara medis mengalami suatu oenyakit yang dapat berakibat pada kematian dalam waktu 12 (dua belas) bulan terhitung sejak tanggal diagnosa? Ya Tidak

Riwayat Penyakit Dahulu

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

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