

FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA (BAGIAN 1)

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

Pengajuan Formulir Klaim ini harus disertai dengan :

- Surat Keterangan Dokter Klaim meninggal dunia (Bagian 2) asli
- Buku Polis asli
- Fotokopi identitas & bukti pendukung dari Pemegang Polis/Tertanggung dan Penerima Manfaat yang masih berlaku
- Surat Keterangan Meninggal Dunia dari Rumah Sakit/Dokter asli atau legalisirnya
- Surat Keterangan Meninggal Dunia dari instansi pemerintah asli atau legalisirnya
- 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
- Disclaimer Death Benefit

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

INFORMASI KLAIM

Riwayat Penyakit Sekarang

Sebab Meninggal Dunia Penyakit Kecelakaan

Tanggal Meninggal Dunia / / Jam :

Keluhan / Gejala

Tanggal pertama kali diderita / /

Kronologis kejadian sampai meninggal dunia

Riwayat Penyakit Dahulu

Gejala/Diagnosa penyakit

Tanggal pemeriksaan/perawatan / / s/d / /

Dokter/Rumah Sakit No. Telepon

Alamat lengkap

Apakah Tertanggung mempunyai asuransi yang lain ? Ya Tidak

Jika Ya, cantumkan nama perusahaan dan nomor polis

Informasi Dokter atau Rumah Sakit Lagganan

Dokter/Rumah Sakit No. Telepon

Alamat lengkap

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

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

PT Astra Aviva Life terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

SURAT KETERANGAN DOKTER KLAIM MENINGGAL DUNIA (BAGIAN 2)

(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 Meninggal Dunia / /

Tanggal Perawatan / / s/d / /

Riwayat Penyakit Sekarang

Sebab utama meninggal dunia _____

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

Hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, rontgen USG, CT-Scan dll pada saat perawatan

Terapi/Tindakan yang dilakukan

Nama dan Alamat Dokter yang merujuk :

Riwayat Penyakit Dahulu

Tanggal	Gejala Penyakit	Diagnosa	Nama Rumah Sakit

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