

**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
- 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 menderitanya  /  / 
**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 Astra Life (PT ASURANSI JIWA ASTRA).

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 ASURANSI JIWA ASTRA terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

**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

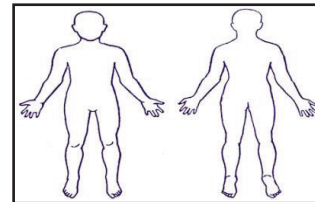
**\*KHUSUS UNTUK KLAIM CACAT TOTAL TETAP/PEMBEBASAN PREMI**

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)

Tandai bagian tubuh yang mengalami kehilangan fungsi pada gambar di bawah ini:

BAGIAN TUBUH YANG MENGALAMI KEHILANGAN FUNGSI	YA	TIDAK
- Satu mata		
- Kedua mata		
- Satu lengan		
- Satu tungkai		
- Kedua lengan atau kedua tungkai		



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 penyakit 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

PT ASURANSI JIWA ASTRA terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan