



KELENGKAPAN DOKUMEN KLAIM KEMATIAN/CACAT TETAP/PERAWATAN

AVA GROUP PROTEKSI DINAMIS

Nama Peserta/Tertanggung : Tanggal Pemberitahuan Awal :

No. Polis Peserta / Tertanggung : Tanggal Penerimaan Dokumen Lengkap :

Nama Pemegang Polis : PT Trinusa Travelindo Diterima Oleh :

No. Polis : TVLK000001

No	DOKUMEN	KETERANGAN	KEMATIAN	CACAT TETAP	PERAWATAN
1	Formulir Klaim	Diisi lengkap dan benar oleh Peserta dan Dokter	√	√	√
2	Akte Kematian /Surat Keterangan Kematian dari Kelurahan	Asli/fotocopy legalisir	√		
3	Surat Keterangan Kematian dari RS	Asli/fotocopy legalisir	√		
4	ID Tertanggung dan Penerima Manfaat (KTP/SIM/Passport/Akta Lahir)	Jika akibat kecelakaan lalu lintas mohon melampirkan fotocopy SIM	√	√	√
5	Surat Penunjukan Penerima Manfaat dan fotocopy Kartu Keluarga	Jika Manfaat Asuransi dibayarkan selain ke Peserta	√		
6	Surat Keterangan Kepolisian	Asli/fotocopy legalisir Jika akibat kecelakaan lalu lintas atau sebab tidak wajar	√	√	√
7	Kuitansi asli dengan perincian biaya pengobatan Dokter/Klinik/ Apotik/Laboratorium	Detail rincian harus terlampir			√
8	Hasil Pemeriksaan Penunjang Medis	Asli/fotocopy legalisir		√	√

Catatan:

- Pemberitahuan pertama disampaikan dalam jangka waktu **14 hari sejak tanggal diagnosa/pengobatan/meninggal dunia**
- Penyerahan dokumen klaim dalam jangka waktu **90 hari sejak tanggal diagnosa/pengobatan/meninggal dunia**
- Dokumen tambahan dapat dimintakan sewaktu-waktu jika diperlukan

FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN

Bagian 1.
Diisi oleh peserta asuransi.

DATA PESERTA			
Nama Pemegang Polis		Tanggal Lahir	
No. Polis		Jenis Kelamin	
Nama Peserta/Tertanggung		Hubungan	Diri Sendiri Anak Istri Suami
Nomor Sertifikat (No. Polis Peserta / Tertanggung)		Alamat / No Telp	
Jika ada polis asuransi lain yang menutup asuransi atas perawatan ini, harap berikan nama perusahaan asuransi, alamat, nomor teleponnya :			
Total Jumlah klaim			
Nama Bank dan nomor rekening Penerima Manfaat <i>Bank's name and account number of beneficiary</i>			
Pengajuan Klaim <i>Claim Submission as</i>		<input type="checkbox"/> Baru	<input type="checkbox"/> Tinjau Ulang
<p>Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan jujur, lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, tenaga medis, rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, dan badan hukum, perorangan, instansi/lembaga atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan, memberikan informasi/data/dokumen kepada PT. Astra Aviva Life atau mereka yang diberi kuasa atau kewenangan olehnya, segala keterangan mengenai diri dan catatan riwayat kesehatan saya sehubungan dengan pertanggung jawaban dan pelayanan Asuransi serta segala hal yang berkaitan dengannya sesuai dengan kebutuhan PT Astra Aviva Life. Untuk pelaksanaan kuasa ini saya/kami dengan ini melepaskan ketentuan-ketentuan dalam pasal 1813, 1814, dan 1816 Kitab Undang Undang Hukum Perdata Indonesia tentang berakhirnya kuasa. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sahnya seperti aslinya.</p>			
Tempat & Tanggal			
<p>_____</p> <p>Tanda tangan, nama jelas peserta/keluarga peserta</p>			

Bagian 2.

Untuk diisi dengan lengkap oleh Dokter yang merawat.

Tanggal pelayanan _____

Anamnesa _____

Pemeriksaan fisik _____

Diagnosis utama _____

Diagnosis tambahan _____

Penyebab diagnosis Kelainan Bawaan Gangguan Hormonal

Penyakit Hubungan Sexual Kosmetik

Gigi & komplikasinya Mental Disorder

Terapi _____

Saya, dokter yang merawat / memeriksa, dengan ini menyatakan keterangan tersebut di atas lengkap dan benar .

Stempel, Nama, Tanda Tangan & Alamat Dokter

Petunjuk:

- Formulir klaim harus diisi hanya untuk klaim rawat jalan, dan berlaku untuk satu orang pasien saja.
- Formulir klaim ini harus diisi dengan lengkap oleh peserta (bag. 1) , dan dokter yang memeriksa (Bag. 2)
- Semua kuitansi asli harus dilampirkan dengan formulir ini, disertai dengan resume medis lengkap dokter dan dokumen sebagai berikut:
 - 1) Copy surat rujukan pemeriksaan penunjang dari dokter dan / atau copy hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, rontgen, patologi anatomi, dll).
 - 2) Copy resep dokter atau perincian obat-obatan dan detail pemakaian obat.
- Setiap klaim harus diajukan kepada PT. ASTRA AVIVA LIFE dalam waktu selambat-lambatnya 90 hari setelah tanggal pemeriksaan.
- Klaim tidak dapat dibayar untuk keadaan-keadaan yang dikecualikan seperti tercantum dalam ketentuan polis.

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP DAN PEMBEDAHAN

Bagian 1.
Diisi oleh peserta asuransi.

DATA PESERTA			
Nama Pemegang Polis		Tanggal Lahir	
No. Polis		Jenis Kelamin	
Nama Peserta/Tertanggung		Hubungan	<input type="checkbox"/> Diri Sendiri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Istri <input type="checkbox"/> Suami
Nomor Sertifikat (No. Polis Peserta / Tertanggung)		Alamat / No Telp	
Jika ada polis asuransi lain yang menutup asuransi atas perawatan ini, harap berikan nama perusahaan asuransi, alamat, nomor teleponnya :			
Total Jumlah klaim			
Nama Bank dan nomor rekening Penerima Manfaat			
Pengajuan Klaim <input type="checkbox"/> Baru <input type="checkbox"/> Tinjau Ulang			
<p>Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan jujur, lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, tenaga medis, rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, dan badan hukum, perorangan, instansi/lembaga atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan, memberikan informasi/data/dokumen kepada PT. Astra Aviva Life atau mereka yang diberi kuasa atau kewenangan olehnya, segala keterangan mengenai diri dan catatan riwayat kesehatan saya sehubungan dengan pertanggung jawaban dan pelayanan Asuransi serta segala hal yang berkaitan dengannya sesuai dengan kebutuhan PT Astra Aviva Life. Untuk pelaksanaan kuasa ini saya/kami dengan ini melepaskan ketentuan-ketentuan dalam pasal 1813, 1814, dan 1816 Kitab Undang Undang Hukum Perdata Indonesia tentang berakhirnya kuasa. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sahnya seperti aslinya.</p>			
Tempat & Tanggal			
<hr/> Tanda tangan, nama jelas peserta/keluarga peserta			

Bagian 2.

Untuk diisi dengan lengkap oleh Dokter yang merawat dan Dokter Bedah

KETERANGAN DOKTER

Saya menerangkan dengan sesungguhnya bahwa saya telah memeriksa penyakit / luka yang diderita pasien tersebut di bawah ini.

Nama Pasien	Nomor Rekam Medik
Tanggal Mulai Dirawat	Tanggal Pasien Keluar Perawatan
Keluhan Utama	
Keluhan Tambahan	
Sudah berapa lama keluhan tersebut dirasakan oleh pasien ?	
Indikasi Rawat Inap	
Tujuan Perawatan <input type="checkbox"/> Observasi <input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Terapi	
Pemeriksaan Fisik	
Diagnosa	Kode ICD X
Terapi	
Apakah pasien pernah mendapatkan perawatan sebelumnya untuk keadaan / penyakit ini ? Mohon dijelaskan.	
Bila Pasien rujukan, Nama Dokter dan Instansi kesehatan yang merujuk adalah :	
Tindakan atau Operasi selama perawatan	
Alasan memilih Jenis Tindakan diatas	
Apakah penyakit / kondisi diatas disebabkan atau berhubungan dengan <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan <input type="checkbox"/> Kesuburan <input type="checkbox"/> Mental disorder <input type="checkbox"/> Gangguan Hormonal <input type="checkbox"/> Kecelakaan <input type="checkbox"/> Kosmetik atau Estetika <input type="checkbox"/> Penyakit Hubungan Sexual <input type="checkbox"/> Kehamilan , Tanggal HPHT : _____ Jika Ya harap jelaskan	
Bila perawatan dikarenakan kecelakaan kerja, mohon dicantumkan : Tanggal kecelakaan : Penyebab kecelakaan :	
Prognosis	
Pasien pulang dalam keadaan <input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Meninggal <input type="checkbox"/> Lainnya : _____	

Saya menyatakan bahwa seluruh informasi diatas adalah benar berdasarkan ilmu pengetahuan yang saya miliki dan keyakinan saya,

Tempat & Tanggal : _____

Nama Jelas dan Tanda tangan Dokter

Nama & Stempel Rumah Sakit

Petunjuk:

- Formulir klaim harus diisi hanya untuk klaim rawat inap dan pembedahan, dan berlaku untuk satu orang pasien saja.
- Formulir klaim ini harus diisi dengan lengkap oleh peserta (bag. 1) , dan dokter yang memeriksa (Bag. 2)
- Semua kuitansi asli harus dilampirkan dengan formulir ini, disertai dengan resume medis lengkap dokter dan dokumen sebagai berikut:
 - 1) Copy surat rujukan pemeriksaan penunjang dari dokter dan / atau copy hasil pemeriksaan penunjang (labolatorium, rontgen, patologi anatomi, dll).
 - 2) Copy resep dokter atau perincian obat-obatan dan detail pemakaian obat.
- Setiap klaim harus diajukan kepada PT. ASTRA AVIVA LIFE dalam waktu selambat-lambatnya 90 hari setelah tanggal pemeriksaan.
- Klaim tidak dapat dibayar untuk keadaan-keadaan yang dikecualikan seperti tercantum dalam ketentuan polis.

Formulir Klaim Kematian Atau Cacat Tetap dan Total
Petunjuk-petunjuk

- Formulir klaim ini harus diisi dengan lengkap oleh Pemegang Polis atau Penerima Manfaat.
- Pemegang Polis atas Penerima Manfaat harus memberitahukan PT. Astra Aviva Life dalam waktu 14 hari
- Semua dokumen yang diperlukan harus diajukan ke PT. Astra Aviva Life dalam waktu 90 hari setelah tanggal kematian atau pernyataan cacat total dan tetap.

Identitas diri Peserta

Nama Pemegang Polis	<input type="text"/>	Tanggal Lahir	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
No. Polis	<input type="text"/>	Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P
Nama Peserta/Tertanggung	<input type="text"/>	Pekerjaan	<input type="text"/>
Nomor Sertifikat (No. Polis Peserta / Tertanggung)	<input type="text"/>	Alamat / No. Tlp.	<input type="text"/>

Informasi Klaim

Beri tanda 'X' pada pilihan yang benar

Penyebab kematian atau cacat total dan tetap? Ya Tidak

Apakah kematian atau cacat total dan tetap terjadi karena Kecelakaan? Ya Tidak

Jika Ya, mohon beri penjelasan lengkap apa yang terjadi.

Data dokter yang merawat

Nama	<input type="text"/>	No. Telepon Rumah	<input type="text"/>
Alamat	<input type="text"/>	No. Telepon Rumah Sakit	<input type="text"/>

Informasi Penerima Manfaat

Nama Penerima Manfaat	<input type="text"/>	Nomor Rekening	<input type="text"/>
Alamat	<input type="text"/>	Nama Bank	<input type="text"/>
Alamat email	<input type="text"/>	Cabang	<input type="text"/>
No. telepon	<input type="text"/>	Nama Rekening	<input type="text"/>

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 Peserta untuk memberitahukan kepada Asuransi Astra Life (PT Astra Aviva Life).

Kuasa ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan Polis dan mengikat Saya, Penerima Manfaat 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

Tempat & Tanggal /

 Nama & tanda tangan pemberi kuasa

Diisi oleh dokter yang merawat

Nama pasien _____ Umur _____ Jenis Kelamin L P

Nama dokter yang merawat _____ Nama Rumah _____

Alamat Rumah Sakit _____ Sakit Nomor _____

_____ telepon Nomor fax _____

Anamnesa

Pemeriksaan fisik I _____

Pemeriksaan penunjang _____

Diagnosa utama I _____

Diagnosa tambahan Pernyataan _____

Kapankah pertama kali peserta mengunjungi Anda untuk memeriksakan diri, dalam huburigan penyakit yang diderita atau kecelakaan yang menyebabkan kematian/cacat tetap?

Apakah kematian/cacat tetap disebabkan oleh : Ya Tidak

a) Suatu penyakit _____
 Jika Ya, jelaskan _____

b) Kecelakaan _____
 Jika Ya, jelaskan _____

c) Pengaruh/akibat dari suatu _____
 kecelakaan Jika Ya, Jelaskan _____

d) Apakah kecelakaan tersebut dipengaruhi oleh alkohol atau obat-obatan _____
 terlarang Jika Ya, Jelaskan _____

e) Bunuh diri _____
 Jika Ya, Jelaskan _____

Apabila merupakan klaim kematian, apakah dilakukan _____
 autopsi? Jika Ya, Jelaskan _____

Kapankah gejala pertama penyakit dari peserta Anda ketahui? _____

Menurut pengetahuan analisa Anda sejak kapan peserta mengidap penyakit tersebut? (atau _____
 berdasarkan anamnesa keluarga) _____

Keterangan yang masih diperlukan Terapi _____

Diisi oleh dokter yang merawat

Medikamentosa _____

Jika dilakukan pembedahan, sebutkan jenis pembedahannya! _____

Periode perawatan Rumah Sakit

Tanggal Masuk _____ Jam Masuk _____

Tanggal Keluar _____ Jam Keluar _____

Informasi Klaim

Beri tanda 'X' pada pilihan yang benar

Apakah Peserta mengalami gangguan fungsi permanen?

BAGIAN TUBUH YANG MENGALAMI KEHILANGAN FUNGSI	ya	tidak
Satu mata		
Kedua mata		
Satu lengan		
Satu tungkai		
Kedua lengan atau kedua tungkai		

Pernyataan dokter

Saya, dokter yang merawat, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut di atas adalah lengkap dan benar

Tempat & Tanggal /

Nama & alamat dokter/Rumah Sakit/Klinik

Tanda tangan & nama Dokter

Stempel Dokter