

Jakarta, \_\_\_\_\_

**Biaya ditagihkan ke :**

- ☐ PT. Great Eastern Life Indonesia  
(dengan melampirkan Surat Pengantar)
- ☐ Nasabah

Kepada Yth,

**Rumah Sakit/Laboratorium Klinik Rekanan**

Dengan Hormat,

**PEMERIKSAAN KESEHATAN CALON TERTANGGUNG PT. GREAT EASTERN LIFE INDONESIA**

Dengan ini Kami harapkan bantuannya untuk melakukan pemeriksaan terhadap Calon Tertanggung Kami :

No. SPAJ :

Nama : \_\_\_\_\_

Tanggal Lahir :  /  /

No. Identitas : \_\_\_\_\_

Adapun jenis pemeriksaan yang perlu dilakukan adalah :

- |                                   |                                   |                                  |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Panel A* | <input type="checkbox"/> Panel B* | <input type="checkbox"/> Panel C |
| <input type="checkbox"/> Panel D  | <input type="checkbox"/> Panel E  | <input type="checkbox"/> Panel F |

\* untuk anak usia 30 hari – 12 tahun, pemeriksaan fisik dilakukan oleh Dokter Spesialis Anak

Hasil pemeriksaan tersebut di atas bersifat rahasia dan dikirimkan langsung ke New Business Underwriting Department dengan alamat yang tercantum dalam surat ini. Jika Bapak/Ibu memerlukan konfirmasi, silakan hubungi kami di nomor 021-25 43 888 ext. 2942/2940.

Atas kerjasama dan bantuannya kami sampaikan terima kasih.

Hormat kami,  
PT. Great Eastern Life Indonesia

\_\_\_\_\_  
**GSM**

Kode Cabang :

**Catatan :**

1. Untuk Panel D,E,F diwajibkan puasa 10 (sepuluh) jam sebelum pemeriksaan
2. Untuk Calon Tertanggung wanita, pemeriksaan urine dilakukan diluar masa haid
3. Khusus wanita hamil, tidak dilakukan foto Thorax dan Treadmill Test
4. Tanda Identitas diri Calon Tertanggung wajib dibawa dan diperlihatkan kepada petugas sebelum pemeriksaan