

Formulir Klaim Cacat Tetap Total

Formulir ini harus diisi dan dilengkapi oleh Pemegang Polis dan dikembalikan kepada Penanggung dengan melampirkan berkas sebagai berikut :

1. Polis Asli
2. Formulir Klaim Cacat Tetap Total
3. Surat Keterangan Cacat Tetap Total dari dokter yang merawat.
4. Dokumen Pendukung Medis Lainnya (Hasil Lab, CT Scan, MRI, Rontgen, dll)
5. Surat Keterangan Kejadian Kecelakaan dari Polisi (jika cacat tetap total disebabkan oleh kecelakaan)
6. Fotokopi identitas pemegang polis dan tertanggung
7. Surat Kuasa Pemberian Informasi Rekam Medis

Nomor Polis :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Pemegang Polis : _____

Nama Tertanggung : _____

Alamat Pemegang Polis : _____

Nomor Telepon Pemegang Polis Rumah : _____ HP _____

DATA PASIEN / PATIENT DATA

Nama Pasien : _____

No. Passport Tertanggung : _____

No. KTP Tertanggung : _____

Jenis Kelamin : ☐ Laki-Laki ☐ Perempuan

Telah dirawat di Rumah Sakit oleh karena : ☐ Sakit ☐ Kecelakaan

Tanggal Perawatan :

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

 sd

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

tgl/bln/thn tgl/bln/thn

JIKA CACAT TETAP TOTAL KARENA PENYAKIT :

Tanggal pertama kali gejala penyakit diketahui : _____

Tanggal pertama kali konsultasi ke dokter : _____

Nama dokter / rumah sakit / klinik dimana Tertanggung pernah berkonsultasi / berobat untuk penyakitnya

Tanggal Konsultasi	Nama Dokter	Nama & Alamat Rumah Sakit /Klinik

JIKA CACAT TETAP TOTAL KARENA KECELAKAAN :

Tanggal terjadi kecelakaan : _____

Tempat terjadi kecelakaan : _____

Rincian/kronologis terjadinya kecelakaan (Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi tambahkan keterangan dilembar tersendiri)

Yang Menyatakan,

Tempat & Tanggal

Tanda tangan & Nama Jelas

Apakah Tertanggung diasuransi diperusahaan asuransi lain ? : ☐ Ya ☐ Tidak

Nama Perusahaan Asuransi	No Polis	Jenis Asuransi

Apabila klaim ini disetujui, pembayaran akan ditransfer ke Pemegang Polis dengan nomor rekening

Bank : _____
Cabang : _____
Mata Uang : ☐ Rupiah ☐ US\$
No Rekening : _____
Nama : _____

Pembayaran harus ditujukan kepada Pemegang Polis. Biaya transfer dalam US\$ dan biaya administrasi, yang dibebankan oleh Bank Penanggung dan Bank Penerima akan ditanggung oleh Penerima manfaat

**SURAT KUASA PEMBERIAN INFORMASI REKAM MEDIS
POWER OF ATTORNEY FOR MEDICAL RECORDS**

Yang bertandatangan dibawah ini / *The undersigned*:

Nama pemegang polis/ *Policy holder name* : _____

Nama pasien / *Patient name* : _____

Alamat pemegang polis/
Policy holder Address : _____

No. Passport Tertanggung / *Insured Passport No* : _____

No. KTP Tertanggung / *Insured ID No* : _____

Hubungan dengan Pasien : ☐ Anak ☐ Suami ☐ Istri ☐ Orang tua ☐ Diri sendiri
Relationship with the patient *Child* *Husband* *Wife* *Parents* *own self*

Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT Great Eastern Life Indonesia atau mereka yang mendapat kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung baik selama Tertanggung hidup atau telah meninggal dunia. Salinan dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health centre, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information on the deceased and health of the deceased whether the deceased was still alive or dead to give them to PT Great Eastern Life Indonesia or its authorized institution. A copy of this statement should be as valid and legal as the original.

Tempat / Place & Tanggal / Date : _____

Tandatangan / Signature : _____

Nama Lengkap / Full Name : _____