

JIKA MENINGGAL DUNIA KARENA KECELAKAAN :

Tanggal terjadi kecelakaan : _____

Tempat terjadi kecelakaan : _____

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

Rincian luka yang diderita : _____

Nama dan alamat saksi mata kecelakaan :

Nama	Alamat	No Telp

JIKA MENINGGAL DUNIA KARENA SAKIT :

Tanggal pertama kali gejala penyakit diketahui : _____

Penyakit yang diderita : _____

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

Tanggal Konsultasi	Nama Dokter	Nama & Alamat Rumah Sakit /Klinik

JIKA MENINGGAL DUNIA DI LUAR NEGERI

Apakah Tertanggung dimakamkan / dikremasi diluar Indonesia? [] Ya [] Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan di Negara mana Tertanggung dimakamkan atau dikremasi

Nama Dokter dan alamat rumah sakit yang menyatakan Tertanggung meninggal dunia

Nama dan alamat saksi mata yang menyaksikan penguburan atau kremasi tersebut :

Nama	Alamat	No Telp

Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan lain / : [] Ya [] Tidak

Nama Perusahaan Asuransi	No Polis	Uang Pertanggungan

Tempat & Tanggal

Yang Menyatakan,

Tanda tangan & Nama Jelas

Apabila klaim ini disetujui, pembayaran akan ditransfer ke Yang ditunjuk dalam Polis dengan nomor rekening :

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

Pembayaran harus ditujukan kepada Yang Ditunjuk. 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 / *Name* : _____

Alamat / *Address* : _____

Hubungan dengan tertanggung / *Relationship with the insured* : ☐ Anak ☐ Suami ☐ Istri ☐ Orang tua ☐ Diri sendiri
Child Husband Wife Parents Own self

Nama Tertanggung/ *Insured Name* : _____

No Passport Tertanggung / *Insured Passport No* : _____

No KTP Tertanggung / *Insured ID No* : _____

Umur / *Age* : _____ tahun / *Years*

Alamat / *Address* : _____

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.

Tanggal / *Date* : _____

Tandatangan / *Signature* : _____

Nama Lengkap / *Full Name* : _____

Surat Keterangan Dokter Untuk Pengajuan Klaim Meninggal Dunia
Attending Physician Statement for Death Claim

1. Nama pasien/
Patient Name : _____
2. No Rekam Medik/
Medical Record No : _____
3. Tanggal lahir/
Date of Birth : - - tgl/bln/thn / day/month/year
4. Usia / Age : _____ Tahun / Years
5. Jenis Kelamin/
Sex : ☐ Laki-laki/Male ☐ Perempuan/Female
6. Tanggal perawatan/
Date of treatment : s/d / to
7. Tanggal Meninggal Dunia/
Date of Death : - - tgl/bln/thn / day/month/year
8. Anamnesa/riwayat penyakit/
Anamneses; history of disease : _____

9. Tanggal gejala atau keluhan pertamakali diketahui pasien
Date of first occurrence of the symptom and complain : - - tgl/bln/thn / day/month/year
10. Tanggal pertamakali konsultasi untuk sakit/kelainan
tersebut / *Date of first consultation for this disease* : - - tgl/bln/thn / day/month/year
11. Nama dan alamat dokter yang merujuk /
Name and address of referral doctor : _____

12. Jenis dan hasil pemeriksaan fisik, lab, rontgen, CT Scan,
hasil PA dll /
*Physical examination result (lab, X-ray, CT scan,
clinical Pathology Result, etc)* : _____

13. Diagnosa atau dugaan diagnosa
Final diagnosis or working diagnosis : _____

14. Tanggal pertamakali diagnosa ditegakkan
Date of first diagnosis : - - tgl/bln/thn / day/month/year
15. Penyebab Kematian/
Cause of Death : _____

16. Diagnosa diatas berhubungan dengan (beri tanda ☐ pada pilihan)/*Diagnose above is related to (please ☐ where applicable):*

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Kesuburan/ <i>Fertility</i> | ☐ Penyakit kejiwaan/ <i>Psychiatry</i> | ☐ Kecelakaan/ <i>Accident</i> |
| ☐ Penggunaan Kontrasepsi/ <i>Contraception</i> | ☐ Kelainan Bawaan/ <i>Congenital</i> | ☐ AIDS |
| ☐ Penyakit kelamin/ <i>Venereal disease</i> | ☐ Kehamilan/ <i>Pregnancy</i> | ☐ Pekerjaan/ <i>Occupation</i> |

17. Diagnosa tersebut akibat dari/*The diagnosis above is as a result of* :

- | | |
|---|--|
| ☐ Kecelakaan/ <i>Accident</i> | ☐ Penyalahgunaan obat bius/ <i>Drug abuse</i> |
| ☐ Konsumsi alcohol/ <i>Alcoholism</i> | ☐ Olahraga berbahaya/ <i>Dangerous sport</i> |
| ☐ Percobaan bunuh diri/ <i>Suicide attempt</i> | ☐ Perang atau huru hara/ <i>War or riot</i> |

18. Apakah pasien pernah konsultasi/dirawat sebelumnya? * : ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No

*Has the patient ever been consulted/hospitalized before? **

Jika Ya/If Yes:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| a. Tanggal/ <i>Date</i> | : | <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <small>tgl-bln-thn / day-month-year</small> |
| b. Diagnosa/ <i>Diagnosis</i> | : | <input type="text"/> | |
| c. Nama dokter/ <i>Name of doctor</i> | : | <input type="text"/> | |
| d. Nama rumah sakit/ <i>Name of hospital</i> | : | <input type="text"/> | |

19. Faktor / Penyakit lain yang memicu/berkaitan dengan timbulnya penyakit / kelainan tersebut *

Underlying disease related to this illness/disorder :

Uraian singkat penyakit / <i>Brief Description of Illness(es)</i>	Tanggal Diagnosa (tgl/bln/thn) / <i>Date(s) Diagnosed (DD/MM/YY)</i>	Nama dan alamat dokter yang merawat / <i>Name and address of attending doctor</i>

Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan sebenar-benarnya.

As the doctor handling the care of the above mentioned patient, I hereby state that I have read and answered the questions in this form clearly and completely.

Nama dokter/*Name of doctor* :

Alamat/*Address* :

Tempat & tanggal/*Place & Date* :

Tandatangan dokter & stempel rumah sakit / dokter
Signature of doctor & stamp of hospital/doctor