PT Great Eastern Life Indonesia
Menara Karya Lt. 5
Jl. H. R. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 1-2
Jakarta Selatan 12950 – Indonesia

Customer Contact Centre
(+62) 21 2554 3800 (Senin - Jumat, 09.00-17.00 WIB)
(+62) 811 956 3800 (Senin - Jumat, 09.00-17.00 WIB)
wecare-id@greateasternlife.com
www.greateasternlife.com/id

Formulir Klaim Penyakit Kritis

Formulir ini harus diisi dan dilengkapi oleh Pemegang Polis dan dikembalikan kepada Penanggung dengan melampirkan berkas sebagai berikut :
1. Polis Asli
2. Formulir klaim penyakit kritis
3. Surat Keterangan Dokter untuk klaim Penyakit Kritis
4. Catatan Medis dan fotokopi seluruh hasil pemeriksaan diagnostik [laboratoirum, radiologi, USG, CT Scan, MRI, dll]
5. Surat Keterangan Kejadian Kecelakaan jika Penyakit Kritis disebabkan oleh Kecelakaan
6. Fotokopi Kartu 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

Nama Pasien : _____

No KTP : _____

No Passport : _____

Jenis Kelamin : [ ] Laki-Laki / *Male* [ ] Perempuan

Tanggal Perawatan : | |- | |- | | | | s/d | |- | |- | | | | (tgl/bln/thn / tgl/bln/thn)

RINCIAN PENYAKIT YANG DIDERITA :

Jenis penyakit kritis yang diderita : _____

Keluhan atau Gejala : _____

Tanggal pertama kali keluhan dirasakan : _____

Pertama kali berkonsultasi kepada dokter atas keluhan yang dialami
- Tanggal : _____
- Nama dokter : _____
- Alamat : _____

Mohon jelaskan secara rinci keluhan yang dialami (Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi tambahkan keterangan dilembar tersendiri)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Yang Menyatakan,

Tempat & Tanggal …….. ……..

_____
Tanda tangan & Nama Jelas

PT Great Eastern Life Indonesia
Menara Karya Lt. 5
Jl. H. R. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 1-2
Jakarta Selatan 12950 – Indonesia

Customer Contact Centre
(+62) 21 2554 3800 (Senin - Jumat, 09.00-17.00 WIB)
(+62) 811 956 3800 (Senin - Jumat, 09.00-17.00 WIB)
wecare-id@greateasternlife.com
www.greateasternlife.com/id

Great Eastern
An OCBC Company

Apakah Tertanggung diasuransi diperusahaan asuransi lain ? *:* [ ] Ya [ ] Tidak

Nama Perusahaan Asuransi	Nomor 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 Pasien / *Patient Passport No* : _____

No KTP Pasien / *Patient ID No* : _____

Hubungan dengan Pasien
Relationship with the patient : [ ] Anak *Child* [ ] Suami *Husband* [ ] Istri *Wife* [ ] Orang tua *Parents* [ ] Diri sendiri *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* : _____