

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 [laboratorium, 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)

Pernyataan Pemegang Polis/Tertanggung

1. Saya* memahami bahwa saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan itikad terbaik (utmost good faith) dalam (i) pengajuan permohonan asuransi, permohonan Pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis, dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya); dan (ii) pengajuan klaim Manfaat Asuransi ("Permohonan Konsumen"). Oleh karena itu, Saya memahami bahwa Saya wajib, dan telah mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, Jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan PT Great Eastern Life Indonesia dalam menerima atau menolak suatu Permohonan Konsumen dan/atau menetapkan Jumlah Premi.
2. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan ("Informasi Konsumen") dalam SPAJ, formulir Pemulihan Polis, formulir perubahan Polis, formulir klaim Manfaat Asuransi serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh PT Great Eastern Life Indonesia ("Dokumen Permohonan") sebagai bagian dari pengajuan Permohonan Konsumen adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja.
3. Apabila Informasi Konsumen tersebut dalam butir (2) ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani Formulir ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika PT Great Eastern Life Indonesia melakukan hal-hal berikut ini:
 - a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - b. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi Dasar/Asuransi Tambahan), dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi Dasar/Asuransi Tambahan, sebagaimana relevan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan (jika ada), Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan (jika ada) dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
 - c. Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi Dasar/Asuransi Tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya Juga menyetujui bahwa Perusahaan Asuransi hanya akan membayarkan Nilai Tunai/Nilai Investasi (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi), jika ada.
 - d. Melakukan penilaian ulang risiko (re-underwriting), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Asuransi Dasar/Asuransi Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - e. Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (re-underwriting), Jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. PT Great Eastern Life Indonesia juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai/Nilai Investasi yang ada dalam Polis Saya dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi
4. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:
 - a. Penandatanganan Formulir Klaim ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh PT Great Eastern Life Indonesia jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 3; dan
 - b. Saya setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.

*Saya= Pemegang Polis atau Tertanggung

Tempat & Tanggal

Yang Menyatakan,

Tanda tangan & Nama Jelas

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 : ☐ 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 : _____