

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 : _____

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK KLAIM CACAT TETAP TOTAL
ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT FOR TOTAL PERMANENT DISABILITY CLAIM

1. Nama pasien/ *Name of the patient* : _____
2. No Rekam Medik/ *Medical Record No* : _____
3. Usia/Age : _____ Tahun/*Years old*
4. Jenis Kelamin/ Sex : Laki-laki/*Male* Perempuan/*Female*
5. Tanggal perawatan/ *Date of treatment* : s/d / to
6. Anamnesa/*Anamneses*: Riwayat Penyakit/*History of disease*: _____

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

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

11. Diagnosa atau dugaan diagnose/ : _____
Final diagnosis or working diagnosis

12. Tanggal pertamakali diagnosa ditegakkan/ : - - *tgl/bln/thn / day/month/year*
Date of of first diagnose
13. Diagnosa diatas berhubungan dengan (beri tanda pada pilihan)/*Diagnose above is related to (please where applicable)*:
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kesuburan/ <i>Fertility</i> | <input type="checkbox"/> Penyakit kejiwaan/ <i>Psychiatry</i> | <input type="checkbox"/> Kecelakaan/ <i>Accident</i> |
| <input type="checkbox"/> Penggunaan Kontrasepsi/ <i>Contraception</i> | <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan/ <i>Congenital</i> | <input type="checkbox"/> AIDS |
| <input type="checkbox"/> Penyakit kelamin/ <i>Venereal disease</i> | <input type="checkbox"/> Kehamilan/ <i>Pregnancy</i> | <input type="checkbox"/> Pekerjaan/ <i>Occupation</i> |

Tandatangan & stempel RS/Dokter
Signature of doctor & stamp of hospital/doctor

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

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

15. Apakah pasien pernah konsultasi/dirawat sebelumnya? : Ya/Yes Tidak/No

Has the patient ever been consulted/hospitalized before?

Jika Ya/If Yes:

- a. Tanggal/Date : -- tgl-bln-thn /day-month-year
b. Diagnosa/Diagnosis : _____
c. Nama dokter/Name of doctor : _____
d. Nama rumah sakit/Name of hospital : _____

16. 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>

17. Mohon berikan informasi lain sehubungan dengan perawatan yang dapat membantu proses klaim ini / *Please provide any further information which in your opinion would be useful in the assessment of this claim*

Keterangan rinci mengenai total yang tidak dapat disembuhkan pada/*Detail of Total Permanent Disability:*
Mohon berikan tanda pada pilihan dibawah ini yang sesuai dengan kondisi pasien saat ini/*Please where applicable.*

Kehilangan fungsi penglihatan total yang tidak dapat disembuhkan pada/ *The total and irrecoverable loss of sight of.*

- 2 Mata/ 2 Eyes
 1 Mata/ 2 Eyes : Mata Kanan/Right Eye Mata Kiri/Left Eye

Terputusnya/*The loss of* :

- 2 Tangan/2 Hands, (pada atau diatas pergelangan tangan/ *at or above wrist*)
 2 Kaki/2 Legs, (pada atau diatas pergelangan kaki / *at or above ankle*)
 1 Tangan/1 Hand, (pada atau diatas pergelangan tangan/ *at or above wrist*)
 Tangan Kanan/Right Hand Tangan Kiri/Left Hand
 1 Kaki/1 Left, (pada atau diatas pergelangan tangan/ *at or above ankle*)
 Kaki Kanan/Right Leg Kaki Kiri/Left Leg

Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut diatas 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