

## 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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 &amp; Tanggal / Date : \_\_\_\_\_

Tandatangan / Signature : \_\_\_\_\_

Nama Lengkap / Full Name : \_\_\_\_\_