

Customer Contact Centre

T: (021) 2554 3800 (Senin - Jumat, 09.00-18.00) F: (021) 5794 4719
 SMS 0812-129-3800 Ketik *INFO
 Email : wecare-ID@greasternlife.com

FORMULIR KLAIM PERAWATAN RUMAH SAKIT

Formulir ini harus diisi dan dilengkapi oleh Peserta dan dikembalikan kepada Penanggung dengan melampirkan berkas sebagai berikut :

1. Formulir klaim perawatan rumah sakit
2. Surat Keterangan Dokter untuk klaim perawatan rumah sakit
3. Asli atau fotokopi legalisir Kwitansi dan perincian biaya
4. Surat Keterangan Kejadian Kecelakaan dari Polisi (jika perawatan Rumah Sakit disebabkan karena kecelakaan)
5. Fotokopi kartu Identitas Peserta
6. Surat Kuasa Pemberian Informasi Rekam Medis
7. Dokumen lain yang dianggap perlu oleh perusahaan

Nomor Polis :

Nama Peserta : _____

Alamat Peserta : _____

Nomor Telepon Peserta Rumah : _____ HP _____

DATA PASIEN / PATIENT DATA

Nama Pasien : _____

No. Passport Peserta : _____

No. KTP Peserta : _____

Jenis Kelamin : Laki-Laki Perempuan

Telah dirawat di Rumah Sakit oleh karena : Sakit Kecelakaan

Tanggal Perawatan : -- sd --
 tgl/bln/thn tgl/bln/thn

JIKA DIRAWAT KARENA PENYAKIT :

Tanggal pertama kali gejala penyakit diketahui : _____

Tanggal pertama kali konsultasi ke dokter : _____

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

Tanggal Konsultasi	Nama Dokter	Nama & Alamat Rumah Sakit /Klinik

JIKA DIRAWAT KARENA KECELAKAAN :

Tanggal terjadi kecelakaan : _____

Tempat terjadi kecelakaan : _____

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

Yang Menyatakan,

Tempat & Tanggal

 Tanda tangan & Nama Jelas

Customer Contact Centre

T: (021) 2554 3800 (Senin - Jumat, 09.00-18.00) F: (021) 5794 4719
SMS 0812-129-3800 Ketik *INFO
Email : wecare-ID@greateasternlife.com

Apakah Peserta diasuransi diperusahaan asuransi lain ? : Ya Tidak

Nama Perusahaan Asuransi	No Polis	Jenis Asuransi

Apabila klaim ini disetujui, pembayaran akan ditransfer ke Peserta dengan nomor rekening

Bank : _____

Cabang : _____

Mata Uang : Rupiah US\$

No Rekening : _____

Nama : _____

Pembayaran harus ditujukan kepada Peserta. 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 Participants / *Participants name* : _____

Nama Pasien / *Patient name* : _____

Alamat Participants/
Participants Address : _____

No. Passport Participants / *Insured Passport No* : _____

No. KTP Participants / *Participants 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 Peserta, untuk memberitahukan kepada PT Great Eastern Life Indonesia atau mereka yang mendapat kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Peserta baik selama Peserta 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 participants and health of the participants whether the participants 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* : _____