

**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](mailto:wecare-ID@greasternlife.com)

**FORMULIR KLAIM PERAWATAN RUMAH SAKIT**

Formulir ini harus diisi dan dilengkapi oleh Pemegang Polis 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. Kwitansi dan perincian biaya yang asli
4. Surat Keterangan Kejadian Kecelakaan dari Polisi (jika perawatan Rumah Sakit disebabkan karena kecelakaan)
5. Fotokopi kartu Identitas pemegang polis dan tertanggung
6. Surat Kuasa Pemberian Informasi Rekam Medis

Nomor Polis : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Pemegang Polis : \_\_\_\_\_

Nama Tertanggung : \_\_\_\_\_

Alamat Pemegang Polis : \_\_\_\_\_

Nomor Telepon Pemegang Polis Rumah : \_\_\_\_\_ HP \_\_\_\_\_

**DATA PASIEN / PATIENT DATA**

Nama Pasien : \_\_\_\_\_

No. Passport Tertanggung : \_\_\_\_\_

No. KTP Tertanggung : \_\_\_\_\_

Jenis Kelamin :  Laki-Laki  Perempuan

Telah dirawat di Rumah Sakit oleh karena :  Sakit  Kecelakaan

Tanggal Perawatan : 

--	--

 - 

--	--

 - 

--	--	--	--

 sd 

--	--

 - 

--	--

 - 

--	--	--	--

  
tgl/bln/thn sd 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 Tertanggung 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](mailto:wecare-ID@greateasternlife.com)

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* : \_\_\_\_\_