

Kepada Yth Dokter yang merawat / mengobati

PENTING: Pastikan bahwa Formulir klaim manfaat hidup ini telah diisi dengan benar dan lengkap sesuai dengan fakta yang sebenar-benarnya.

IMPORTANT: Please ensure that this claim form has been filled completely and correctly based on the real fact

INFORMASI TERTANGGUNG / INSURED INFORMATION

Nama

Name

Jenis Kelamin Pria Wanita Tanggal Lahir - -

Gender Male Female Date of birth

No. Rekam Medis

Medical Record No

INFORMASI MEDIS PERAWATAN / MEDICAL TREATMENT INFORMATION

Nama dokter yang merawat

Treating doctor's name

Nama rumah sakit

Hospital name

Tanggal perawatan - - - -

Treatment date

Indikasi perawatan

Main indication of treatment

Diagnosa

Diagnosis

Apakah ada pembedahan Ya Tidak

Is there any surgery Yes No

Nama Pembedahan

Name of surgery

Tujuan pembedahan Terapi/Penyembuhan Diagnostik

Purpose of surgery Therapeutic Diagnostic

INFORMASI KLAIM KEMATIAN / DEATH CLAIM INFORMATION

Tanggal Meninggal - -

Date of death

Penyebab meninggal Sakit Kecelakaan

Cause of death Sickness Accident

Diagnosa

Diagnosis

Kronologis meninggal

Chronology of death

INFORMASI TAMBAHAN / ADDITIONAL INFORMATION

Informasi tambahan terkait pengajuan klaim

Additional information related to the claim submission

Dengan ini saya menyatakan telah menjawab pertanyaan-pertanyaan di atas dengan lengkap dan benar

I declare that I have answered all the questions above completely and correctly

Ditandatangani di - -

Tanda Tangan dokter yang merawat / dokter penanggung jawab pasien dengan cap RS/klinik

Treating doctor/responsible doctor sign off with hospital / clinic stamp

Nama Jelas dokter yang merawat / dokter penanggung jawab pasien

Treating doctor / responsible doctor name