

JENIS PENGAJUAN MANFAAT ASURANSI / Types of Claim Benefits for Insurance Benefits

- MENINGGAL DUNIA/*Death Claim*
 KESEHATAN/*Health Claim*
 CACAT/*Disability*, PENYAKIT KRITIS/*Critical Illness*
 LAINNYA/*Others*,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah Pemegang Polis / Penerima Manfaat PT PFI MEGA LIFE INSURANCE :
I'am, the undersigned, is the Policy holder / Beneficiary of PT PFI MEGA LIFE INSURANCE :

Nama Pemegang Polis / *Policy holder name* : _____
 Penerima Manfaat / *Beneficiary*
 Nama Peserta / *Participant name* : _____

Nomor Polis / *Policy number* :

Nomor Sertifikat / *Certificate number* :

Alamat Korespondensi / *Address* : _____

Kode Pos / *POS code* :

No. Telepon / *Phone number* : -

No. HP / *Mobile Phone number* : -

Email / *Email address* : _____

APABILA KLAIM TERSEBUT DISETUJUI, MOHON PEMBAYARAN KLAIM ASURANSI DITUJUKAN KE / If the claim approved, please payment directly to :

Nomor Rekening / *Account number* : _____
 Atas Nama / *On Behalf of* : _____
 Nama Bank / *Bank name* : _____

Jenis Rekening / *Account type* Rupiah US.\$

PERNYATAAN KUASA / Power of Attorney :

Saya/Kami/Penerima Manfaat dari atas nama Peserta diatas bersama ini memberikan Kuasa kepada Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, ataupun perorangan yang mempunyai catatan data atau yang mengetahui keadaan kesehatan Peserta, untuk diberikan kepada PT PFI Mega Life Insurance atau orang yang mewakili, atas semua keterangan mengenai diri Peserta/Kami yang berhubungan dengan kesehatan, riwayat pengobatan, perawatan di rumah sakit, nasihat - nasihat dokter, pengobatan atau penyakit.

I/We/the Beneficiary on behalf of the Participant give authorize to doctor, hospitals, clinic, health center, or individual who has data records or who knows the health condition of the Participant, to be given to PT PFI Mega Life Insurance or a person representing , for all information regarding the Participant/Our self which is related to health, medical history, hospital treatment, doctor's advice, medication or illness.

TERTANDA / Signed ;

..... / / /

materai/stamp
Rp. 10,000,-

(Pemegang Polis / Penerima Manfaat)
(Policy holder / Beneficiary)

Diterima oleh Departemen Klaim/Received by :	
- Tanggal/date	
- Paraf/Initials	
- Nama/Name	

Form-Clm-02-18-07-2018



PFI MEGA LIFE
SYARIAH

SURAT KETERANGAN DOKTER
(RESUME MEDIS)

Saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa saya telah memeriksa penyakit / luka yang di derita pasien tersebut dibawah ini / I, hereby, declaring that all information provided hereinafter, is valid after the conducted observation upon the said patient, as below :

Nama pasien/Patient name : ----- Medical Record/Medical Record number
Tanggal Mulai dirawat/Admission date : ----- Pukul/time :..... Tanggal Pasien keluar/Discharge date :-----
:----- Pukul/time

ANAMNESA

Keluhan Utama dan/atau tambahan / main symptom and additional symptom :

Sejak Kapan keluhan tersebut dirasakan/ Since when did you feel the symptom? : /

Apakah ada penyakit lain yang berhubungan dengan keluhan/gejala diatas/ Whether any other diseases related symptom?

Apakah Keluhan/gejala tsb disebabkan oleh Kecelakaan?

Whether symptoms or complaints due to an accident? YA/Yes TIDAK/No

Jika YA, mohon sebutkan kapan ? /

if Yes, when did it happen?

Apakah Indikasi Rawat Inap/ Whether the indications for hospitalization ?

Pemeriksaan Fisik/ Physical examination :

Apakah Diagnosa Utama/ Primary Diagnosis ?

Apakah Diagnosa Tambahan/ Additional Diagnosis :

Apakah diagnosa penyakit berhubungan dengan/ Whether the diagnosis of the disease related to :

Kelainan bawaan/turunan/congenital abnormalities Ya/Yes Tidak/No - Kosmetik/Cosmetics Ya/Yes Tidak/No
 Fertilitas / Infertilitas / Infertility Ya/Yes Tidak/No - Kejiwaan/Psychological Ya/Yes Tidak/No
 Kehamilan / Pregnancy Ya/Yes Tidak/No

Terapi/Therapy :

Tindakan/Surgery :

Anjuran/Suggestion :

Bila Perawatan berhubungan dengan kecelakaan, mohon jelaskan/ If the hospitalization is related to accidental, please explanation !

Tanggal Kecelakaan/ Accident date : Penyebab Kecelakaan/ Cause of accident :

Prognosis/ Prognosis : Pasien pulang dalam keadaan/Patient's condition after hospitalization :

Tempat & Tanggal
/Date & Place

Nama jelas & Tanda-tangan & Stempel Dokter
/Doctor's name & Signature

Nama & Stempel Rumah Sakit
/Hospital name & Stamp

PT PFI Mega Life Insurance, Head Office GKM Green Tower Lantai 17 Jl. TB. Simatupang Kav. 89G, Kebagusan, Pasar Minggu - Jakarta Selatan 12520

P : +62 21 50812100 Call Center : P : +62 21 29545555 E : cs@pfimegalife.co.id www.pfimegalife.co.id

PT PFI Mega Life Insurance berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK)