

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 :.....

ANAMNESIS

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



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

Pernyataan dari Pemegang Polis/Tertanggung (Apabila pengaju klaim adalah Pemegang Polis atau Tertanggung)

1. Saya* yang mengajukan klaim selaku pihak yang menandatangani SPAJ memahami bahwa saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan itikad terbaik (utmost good faith) dalam (i) pengajuan permohonan asuransi, permohonan Pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis, dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya); dan (ii) pengajuan klaim Manfaat Asuransi ("Permohonan Konsumen"). Oleh karena itu, Saya memahami bahwa Saya wajib, dan telah mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan PT PFI Mega Life Insurance dalam menerima atau menolak suatu Permohonan Konsumen dan/atau menetapkan jumlah Premi.
2. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan ("Informasi Konsumen") dalam SPAJ, Formulir Pemulihan Polis, Formulir Perubahan Polis, Formulir Klaim Manfaat Asuransi serta setiap Formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh PT PFI Mega Life Insurance ("Dokumen Permohonan") sebagai bagian dari pengajuan Permohonan Konsumen adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja.
3. Apabila Informasi Konsumen tersebut dalam butir (2) ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Pengajuan Klaim ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika PT PFI Mega Life Insurance melakukan hal-hal berikut ini:
 - a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - b. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggung Tambahan/Polis Tambahan), dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Pertanggung Tambahan, sebagaimana relevan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan (jika ada), Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan (jika ada) dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
 - c. Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi/pertanggung Tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya juga menyetujui bahwa Perusahaan Asuransi hanya akan membayarkan Nilai Tunai (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi), jika ada.
 - d. Melakukan penilaian ulang risiko (re-underwriting), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Polis Dasar dan/atau setiap Asuransi/Pertanggung Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - e. Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (re-underwriting), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. PT PFI Mega Life Insurance juga berhak untuk melakukan perjumpaan (set-off) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan [Nilai Tunai] yang ada dalam Polis Saya dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi.
4. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:
 - a. Penandatanganan Formulir Klaim ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh PT PFI Mega Life Insurance jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 3; dan
 - b. Saya setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.

*Saya = Pemegang Polis atau Tertanggung

Pernyataan dari Penerima Manfaat (apabila pengaju klaim adalah Penerima Manfaat atau pihak lain yang tidak pernah menandatangani SPAJ)

1. Saya* yang mengajukan klaim selaku pihak lain yang tidak pernah menandatangani SPAJ menyatakan dan memahami bahwa sebagai bagian dari proses pengajuan [Permohonan Asuransi/Pemulihan Polis/Perubahan Polis] dan keberlangsungan Polis, Pemegang Polis, Tertanggung, Pembayar Premi dan/atau pihak terkait lainnya telah memberikan data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta kepada PT PFI Mega Life Insurance, sebagaimana tercantum dalam SPAJ, Formulir Pemulihan Polis, Formulir Perubahan Polis serta setiap Formulir dan dokumen lainnya (termasuk setiap dokumen atau Formulir yang diberikan kepada PT PFI Mega Life Insurance setelah berlakunya Polis) ("Dokumen Permohonan"), yang mana yang sesuai dengan keadaannya (seluruhnya disebut sebagai "Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya").
2. Saya dengan ini menyatakan bahwa Saya tidak berhak dan tidak akan membantah, menyanggah, mempertanyakan dan/atau mempermasalahkan kebenaran Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya. Saya juga menyatakan bahwa Saya menerima seluruh ketentuan Polis (termasuk Endosemen, jika ada).
3. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan dalam Formulir Klaim ini, serta setiap Formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh PT PFI Mega Life Insurance sebagai bagian dari pengajuan permohonan klaim Manfaat Asuransi ("Informasi Konsumen"), adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan.
4. Apabila sebagian atau seluruh (i) Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya; dan/atau (ii) Informasi Konsumen ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Klaim ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika Perusahaan Asuransi melakukan hal-hal berikut ini:
 - a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - b. Melakukan penilaian ulang risiko (re-underwriting), dan menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - c. Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (re-underwriting), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. PT PFI Mega Life Insurance juga berhak untuk melakukan perjumpaan (set-off) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan [Nilai Investasi] yang ada dalam Polis dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan.

*Saya = Penerima Manfaat atau pihak lainnya yang tidak menandatangani SPAJ

PERNYATAAN KUASA / Power of Attorney :

Saya/Kami/Penerima Manfaat dari atas nama Tertanggung diatas bersama ini memberikan Kuasa kepada dokter, rumah sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi Lainnya ataupun perorangan yang mempunyai catatan data atau yang mengetahui keadaan kesehatan Tertanggung, untuk diberikan kepada PT PFI Mega Life Insurance atau orang yang mewakili, atas semua keterangan mengenai diri Tertanggung/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 Insured give authorize to doctor, hospitals, clinic, health center, any others Insurance Company or individual who has data records or who knows the health condition of the Insured, to be given to PT PFI Mega Life Insurance or a person representing , for all information regarding the Insured/Our self which is related to health, medical history, hospital treatment, doctor's advice, medication or illness.

TERTANDA / Signed ;

material/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-06-22-12-2025

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

* Tanggal kejadian/Date of incident : hanya di isi untuk pengajuan klaim santunan harian rawat inap/Only filled in to submit claims for Daily of Hospitalization

Page 2 of 2