

**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 Tertanggung / *Insured name* : \_\_\_\_\_  
 (hanya untuk 1 orang Tertanggung / *only for 1 Insured person*)

Nomor Polis / *Policy number* :

\*Tanggal Rawat Inap/*Date of Hospitalization* : Tgl/*date* : ..... - ..... Tgl/*date* : ..... - .....  
 : Tgl/*date* : ..... - ..... Tgl/*date* : ..... - .....

Alamat Korespondensi / *Address* : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Kode Pos / *POS code* :

No. HP-WA / *Whatsapp 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* : \_\_\_\_\_  Aktif / *Active*

Atas Nama / *On Behalf of* : \_\_\_\_\_

Nama Bank / *Bank name* : \_\_\_\_\_  Tidak Aktif / *Not Active*

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

**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.*

|   |
|---|
| <b>TERTANDA / Signed ;</b><br><br>..... / ..... / ..... / .....<br><br><div style="text-align: center;">           materai/stamp<br/>           Rp. 10,000,-         </div> |
| ( Pemegang Polis / Penerima Manfaat )<br>( <i>Policy holder / Beneficiary</i> )   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Diterima oleh Departemen Klaim/Received by :</b> |  |
| - Tanggal/ <i>date</i>                              |  |
| - Paraf/ <i>Initials</i>                            |  |
| - Nama/ <i>Name</i>                                 |  |

Form-Clm-04-22-09-2023

\* 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*

**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