PT. Great Eastern Life Indonesia
Menara Karya Lt. 5 Jl. H.R. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 1-2 Jakarta Selatan 12950
Tel. : 62-21 2554 3888 Fax. : 62-21 5794 4719 Website : www.lifeisgreat.co.id

FORM KLAIM RAWAT JALAN

1. Diisi oleh Tertanggung / Karyawan

1. No. Polis : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
2. Nama Pemegang Polis : _____
3. Nomor Peserta : _____
4. Nama Peserta : _____
5. No. KTP/SIM/Passport : _____ Usia : _____ tahun
6. Alamat Peserta : _____

Kota : _____ Kode Post : _____

Telp. Rumah : _____ Telp. Kantor : _____

Email : _____ HandPhone : _____

7. Ditransfer ke :

Bank : _____

Cabang : _____ Kota : _____

Jenis Rekening : ☐ Rupiah ☐ Dollar

No. Rekening : _____

Atas Nama : _____

(biaya administrasi bank ditanggung oleh peserta)

PERNYATAAN DAN PEMBERIAN KUASA

Dengan ini saya memberikan kuasa kepada Dokter dan atau petugas / pengurus Rumah Sakit , dengan siapa tertanggung / karyawan telah diperiksa atau dirawat, untuk memberikan keterangan lengkap mengenai keadaan/penyakit tertanggung termasuk data medis terdahulu kepada PT. Great Eastern Life Indonesia.

_____ _____

Tanda tangan Tertanggung Tanggal

2. Diisi oleh Dokter yang Memeriksa

1. Nama Klinik/RS : _____
2. Alamat Klinik / RS: _____

Kota : _____ Kode Post : _____

Telp. / HP : _____ Email : _____

3. Diagnosa : _____
4. Therapi : _____
5. Tanggal diRawat : _____
6. Biaya dokter : _____
7. Biaya obat-obatan yang diberikan secara langsung : _____

PERNYATAAN DOKTER

Saya, dokter yang merawat, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut diatas adalah lengkap dan benar.

Di tandatangani di _____,_____

_____

Nama, Tanda tangan & Stempel dokter