



Jakarta, .....

Kepada Yth.  
**Dokter Pemeriksa  
di tempat**

Saluran Distribusi :

Agency

Bancassurance

Nama Cabang : .....

Dengan hormat,

**PEMERIKSAAN KESEHATAN CALON TERTANGGUNG PT. GREAT EASTERN LIFE  
INDONESIA**

Dengan ini Kami harapkan bantuan dokter untuk melakukan pemeriksaan kesehatan atas calon Tertanggung kami, yaitu :

**Nama** : .....

**Usia** : ..... tahun

**Alamat** : .....

.....

Adapun jenis pemeriksaan kesehatan yang perlu dilakukan adalah :

**Kategori A**  **Kategori B**  **Kategori C**  **Kategori D**  **Kategori E**

Bersama ini kami kirimkan formulir "**Surat Keterangan Kesehatan (SKK)**", yang harus diisi dengan lengkap oleh dokter pemeriksa.

Formulir SKK yang sudah diisi dan ditandatangani oleh dokter pemeriksa dan calon tertanggung, harap dikirimkan dalam amplop tertutup dan ditujukan kepada Bagian **New Business Underwriting Kantor Pusat PT. Great Eastern Life Indonesia.**

Hasil pemeriksaan serta formulir yang telah diisi bersifat rahasia (tidak diperkenankan diketahui oleh calon Tertanggung).

Atas kerjasama dan bantuannya Kami sampaikan terima kasih.

Underwriter  
**PT. Great Eastern Life Indonesia**

**(Surat ini dicetak secara otomatis, sehingga tidak memerlukan tandatangan)**