

PERNYATAAN PEMEGANG POLIS /TERTANGGUNG
STATEMENT OF POLICE HOLDER /INSURED

RAHASIA/CONFIDENTIAL

(A) Identitas (identity)

Nama Pemegang Polis : (Policy holder name)	No .Rekening / Kartu kredit dimana premi dibebankan : (credit card account in which premium were charged)	
No.Polis/ Nama program Asuransi : (Policy No /Insurance Program)	Tanggal Lahir (tgl /bln/thn)/...../..... (date of birth (dd/mm/yy))	Jenis Kelamin (Sex) : () Laki -laki (Male) () Perempuan (Female)
Nama pasien / Tertanggung : Patient's /Insured Name	Pekerjaan Tertanggung : (Insured's Occupation)	
Alamat sesuai KTP : (Formal Address)	Alamat Korespondensi perihal klaim ini apabila alamat berbeda : (Correspondence address regarding this claim if above address is different)	

MOHON DIISI UNTUK KEMUDAHAN DALAM BERKOMUNIKASI (Please complete for ease of communication)

(1) Tertanggung / Insured

No Telp : Rumah (Home)
(Phone No)
Hand Phone (Mobile) Kantor (Office)
Email Fax (Facsimile)

(2) Badan Usaha/ Company

Nama PIC :
Name of PIC
No Telp : Fax (Facsimile)
(Phone No)
Email

Nama RS tempat perawatan : No.Rekam Medis:
(Name of hospital where patient receives treatment) (Medical Record Number)

(B) Keterangan Pekerjaan

(Details of Occupation) 1. Pekerjaan (Occupation) 2. Nama Perusahaan (Company's name) 3. Daftar Tugas Pekerjaan Sehari -hari (jelaskan secara terperinci) (Job Description state in detail) Catatan (Notes) : Jika anda tidak bekerja , jelaskan aktifitas anda sehari hari sebelum dan setelah terjadinya cacat / ketidakmampuan. (if you are not working , describe your daily activities before and after disability occurs)	Sebelum cacat / ketidakmampuan (Before disability) 1..... 2..... 3.....	Setelah cacat /ketidakmampuan (after disability) 1..... 2..... 3.....

(C) Keterangan tentang Cacat yang Diderita

(Details of Disability)
 1. Cacat yang diderita diakibatkan oleh :
Disability is cause by :

 2. Tanggal gejala penyakit timbul pertama kali /
tanggal terjadinya kecelakaan :
Date when the symptom appears for the first time /daye of accident .

 3. Jelaskan secara terperinci gejala -gejala penyakit /luka atau
cacat yang diderita .
Describe in detail the symptoms of the sickness /injury or
disability sustained

 4. Tanggal anda mulai tidak masuk kerja
Date on which you start being unable to work

 5. Apakah anda sekarang ini dapat melakukan aktifitas berikut ini
tanpa dibantu orang lain ?
Can you now perform the following activities without assistance
from another person ?

 6. Tanggal anda mulai bekerja kembali atau tanggal anda
diharapkan sudah bekerja kembali
Date you resume work or are expected to resume work

 7. Apakah anda pernah mengalami penyakit / kelainan sebelum ini ?
Have you ever sustained any sickness /disorder so far ?

(C) Jawaban :

(Answer)
 1 () Penyakit (Sickness) () Kecelakaan (Accident)

 2. Tanggal /Bulan /Tahun (Date /Month /Years) /..... /.....

 3. Penjelasan (Description) :
.....
.....

 4. Tanggal /Bulan /Tahun (Date /Month /Years) /..... /.....

 5. () Memakai Pakaian (Getting dressed)
() Menggunakan toilet / WC (Using toilet /WC)
() Makan / Minum (Eating /Drinking)
() Jalan sendiri (walking)
() Bangun dari atau masuk ke tempat tidur (Getting Up or onto bed)
() Duduk atau bangun dari posisi duduk (Sitting up or rising from
sitting position)
6. Tanggal /Bulan /Tahun (Date /Month /Year) /..... /.....

 7. () Ya - Yes () Tidak -No
Jika " YA " Sebutkan tanggal kejadian (If "yes" state the date
of occurance)
Tanggal /Bulan /Tahun (Date /Month /Year) /..... /.....

(D) Keterangan tentang nama Dokter dan Rumah Sakit tempat anda berkonsultasi / berobat untuk cacat /ketidakmampuan ini :
(Details of the physician & hospital where you consult /get treatment for this disability)

Nama Dokter/ Rumah Sakit : (Name of physician / Hospital)	Alamat : (Address)	Tanggal Perawatan (tgl / bln/thn) Date treated (dd/mm/yy)	Nama Penyakit : (Name of sickness)
.....
.....
.....

(E) Keterangan tentang nama Dokter dan Rumah Sakit tempat anda berkonsultasi / berobat selama 3 (Tiga) tahun terakhir ini :
(Details of the physician & hospital where you consult /get treatment for the last 3 years)

Nama Dokter/ Rumah Sakit : (Name of physician / Hospital)	Alamat : (Address)	Tanggal Perawatan (tgl / bln/thn) Date treated (dd/mm/yy)	Nama Penyakit : (Name of sickness)
.....
.....
.....

(F) Apakah anda mengajukan klaim atas cacat ini kepada perusahaan asuransi lain ? () Ya (yes) () Tidak (No)
Do you file claim for this disability to another insurance company ?

Jika "YA " sebutkan dengan lengkap (if "YES " ,please give details) :

Nama Perusahaan Asuransi : (Name of Insurance Company)	Alamat : (Address)	Jenis Polis : (Type of Policy)	Jumlah Manfaat Klaim : Amount of Benefit /Claim
.....
.....
.....

(G) Cara Pembayaran Klaim - Jika Santunan Dibayarkan ke Rekening Pemegang Polis
(Method of claim payment - if benefit will be credited to policy Holder's Account)

Nama Pemegang Polis (Policy holder's name) :

Nomor Polis (Policy Number) :

Nama Bank (Beneficiary Bank) :

Nomor Rekening (Account Number) :

Cabang Bank dan kota (Bank Branch & City) :

Nama Pemegang Rekening (Account Holder's name) :

Apabila Pemegang Rekening bukan Pemegang Polis , mohon lampirkan surat kuasa dari Pemegang Polis , dan mohon tulis untuk secara jelas menghindari tidak sampainya pembayaran klaim .
(If the Account holder is not the policyholder please enclose the authorization letter , and write the information correctly and clearly to avoid return transaction of the claim payment).

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Saya juga memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut di atas menjadi dasar Pertanggung jawaban dan tidak terpisahkan dari Polis yang diminta. Dengan ini saya memberi kuasa kepada yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUH Perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga atau Perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kehatan Tertanggung untuk memberitahukan kepada PT. Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kehatan Tertanggung baik selama Tertanggung hidup atau telah meninggal. Salinan dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di / (Sign in)

Tanggal (Date)

.....

...../...../.....
(tgl / bln/thn) (dd/mm/yy)

Tanda tangan dan Nama Jelas Pemegang Polis
Signature and full name of Policy Holder

Tanda tangan dan Nama jelas Tertanggung
Signature and full name of insured