



## Pernyataan Pemegang Polis/Tertanggung

1. Saya\* memahami bahwa saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad 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 Great Eastern Life Indonesia 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 Great Eastern Life Indonesia ("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 ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika PT Great Eastern Life Indonesia 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 Dasar/Asuransi Tambahan), dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi Dasar/Asuransi 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 Dasar/Asuransi 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/Nilai Investasi (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 Asuransi Dasar/Asuransi 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 Great Eastern Life Indonesia juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai/Nilai Investasi 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 Great Eastern Life Indonesia 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

Tempat & Tanggal .....

Yang Menyatakan,

---

Tanda tangan & Nama Jelas

Apakah Tertanggung diasuransi diperusahaan asuransi lain ? :  Ya  Tidak

Nama Perusahaan Asuransi	No Polis	Jenis Asuransi

Apabila klaim ini disetujui, pembayaran akan ditransfer ke Pemegang Polis dengan nomor rekening

Bank : \_\_\_\_\_  
Cabang : \_\_\_\_\_  
Mata Uang :  Rupiah  US\$  
No Rekening : \_\_\_\_\_  
Nama : \_\_\_\_\_

Pembayaran harus ditujukan kepada Pemegang Polis. Biaya transfer dalam US\$ dan biaya administrasi, yang dibebankan oleh Bank Penanggung dan Bank Penerima akan ditanggung oleh Penerima manfaat

**SURAT KUASA PEMBERIAN INFORMASI REKAM MEDIS  
POWER OF ATTORNEY FOR MEDICAL RECORDS**

Yang bertandatangan dibawah ini / *The undersigned*:

Nama pemegang polis/ *Policy holder name* : \_\_\_\_\_

Nama pasien / *Patient name* : \_\_\_\_\_

Alamat pemegang polis/  
*Policy holder Address* : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No. Passport Tertanggung / *Insured Passport No* : \_\_\_\_\_

No. KTP Tertanggung / *Insured ID No* : \_\_\_\_\_

Hubungan dengan Pasien :  Anak  Suami  Istri  Orang tua  Diri sendiri  
*Relationship with the patient* *Child* *Husband* *Wife* *Parents* *own self*

Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT Great Eastern Life Indonesia atau mereka yang mendapat kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung baik selama Tertanggung hidup atau telah meninggal dunia. Salinan dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

*I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health centre, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information on the deceased and health of the deceased whether the deceased was still alive or dead to give them to PT Great Eastern Life Indonesia or its authorized institution. A copy of this statement should be as valid and legal as the original.*

Tempat / Place & Tanggal / Date : \_\_\_\_\_

Tandatangan / Signature : \_\_\_\_\_

Nama Lengkap / Full Name : \_\_\_\_\_

**SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK KLAIM CACAT TETAP TOTAL**  
**ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT FOR TOTAL PERMANENT DISABILITY CLAIM**

1. Nama pasien/ *Name of the patient* : \_\_\_\_\_
2. No Rekam Medik/ *Medical Record No* : \_\_\_\_\_
3. Usia/Age : \_\_\_\_\_ Tahun/*Years old*
4. Jenis Kelamin/ Sex :  Laki-laki/*Male*  Perempuan/*Female*
5. Tanggal perawatan/ *Date of treatment* :    s/d / to
6. Anamnesa/*Anamneses*: Riwayat Penyakit/*History of disease*: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Tanggal gejala atau keluhan pertamakali diketahui pasien :  -  -   
*Date of first occurrence of the symptom and complain* tgl/bln/thn (*day/month/year*)
8. Tanggal pertamakali konsultasi untuk sakit tersebut :  -  -   
*Date of first consultation for this disease* tgl/bln/thn (*day/month/year*)
9. Nama dan alamat dokter yang merujuk/  
*Name and address of referral doctor* : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Jenis dan hasil pemeriksaan fisik,lab,rontgen,CT Scan,  
hasil PA dll / *Physical examination result (lab, X-ray,  
CT scan, clinical Pathology Result, etc)* : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Diagnosa atau dugaan diagnose/  
*Final diagnosis or working diagnosis* : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Tanggal pertamakali diagnosa ditegakkan/  
*Date of of first diagnose* :  -  -  tgl/bln/thn / *day/month/year*
13. Diagnosa diatas berhubungan dengan (beri tanda  pada pilihan)/*Diagnose above is related to (please  where applicable)*:
- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kesuburan/ <i>Fertility</i>                  | <input type="checkbox"/> Penyakit kejiwaan/ <i>Psychiatry</i> | <input type="checkbox"/> Kecelakaan/ <i>Accident</i>  |
| <input type="checkbox"/> Penggunaan Kontrasepsi/ <i>Contraception</i> | <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan/ <i>Congenital</i>   | <input type="checkbox"/> AIDS                         |
| <input type="checkbox"/> Penyakit kelamin/ <i>Venereal disease</i>    | <input type="checkbox"/> Kehamilan/ <i>Pregnancy</i>          | <input type="checkbox"/> Pekerjaan/ <i>Occupation</i> |

\_\_\_\_\_  
Tandatangan & stempel RS/Dokter  
*Signature of doctor & stamp of hospital/doctor*

14. Diagnosa tersebut akibat dari/*The diagnosis above is as a result of* :

- Kecelakaan/Accident  Penyalahgunaan obat bius/Drug abuse  
 Konsumsi alcohol/Alcoholism  Olahraga berbahaya/Dangerous sport  
 Percobaan bunuh diri/Suicide attempt  Perang atau huru hara/War or riot

15. Apakah pasien pernah konsultasi/dirawat sebelumnya? :  Ya/Yes  Tidak/No  
*Has the patient ever been consulted/hospitalized before?*

Jika Ya/If Yes:

- a. Tanggal/Date : -- tgl-bln-thn /day-month-year  
b. Diagnosa/Diagnosis : \_\_\_\_\_  
c. Nama dokter/Name of doctor : \_\_\_\_\_  
d. Nama rumah sakit/Name of hospital : \_\_\_\_\_

16. Faktor / Penyakit lain yang memicu/berkaitan dengan timbulnya penyakit / kelainan tersebut / *Underlying disease related to this illness/disorder* :

Uraian singkat penyakit / <i>Brief Description of Illness(es)</i>	Tanggal Diagnosa (tgl/bln/thn) / <i>Date(s) Diagnosed (DD/MM/YY)</i>	Nama dan alamat dokter yang merawat / <i>Name and address of attending doctor</i>

17. Mohon berikan informasi lain sehubungan dengan perawatan yang dapat membantu proses klaim ini / *Please provide any further information which in your opinion would be useful in the assessment of this claim*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Keterangan rinci mengenai total yang tidak dapat disembuhkan pada/*Detail of Total Permanent Disability:*  
Mohon berikan tanda  pada pilihan dibawah ini yang sesuai dengan kondisi pasien saat ini/*Please  where applicable.*

Kehilangan fungsi penglihatan total yang tidak dapat disembuhkan pada/ *The total and irrecoverable loss of sight of.*

- 2 Mata/ 2 Eyes  
 1 Mata/ 2 Eyes :  Mata Kanan/Right Eye  Mata Kiri/Left Eye

Terputusnya/*The loss of* :

- 2 Tangan/2 Hands, (pada atau diatas pergelangan tangan/ *at or above wrist*)  
 2 Kaki/2 Legs, (pada atau diatas pergelangan kaki / *at or above ankle*)  
 1 Tangan/1 Hand, (pada atau diatas pergelangan tangan/ *at or above wrist*)  
 Tangan Kanan/Right Hand  Tangan Kiri/Left Hand  
 1 Kaki/1 Left, (pada atau diatas pergelangan tangan/ *at or above ankle*)  
 Kaki Kanan/Right Leg  Kaki Kiri/Left Leg

Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut diatas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan sebenar-benarnya.

*As the doctor handling the care of the above mentioned patient, I hereby state that I have read and answered the questions in this form clearly and completely.*

Nama dokter/Name of doctor : \_\_\_\_\_

Alamat/Address : \_\_\_\_\_

Tempat & tanggal  
Place & Date

Tandatangan dokter & stempel rumah sakit / dokter  
**Signature of doctor & stamp of hospital/doctor**