

PERNYATAAN PERSETUJUAN
(Consent Statement)

- Pernyataan Persetujuan ini harus ditandatangani oleh Pasien yang mendapatkan pemeriksaan dan/atau mendapatkan perawatan./
This Consent Statement must be signed by the respective examined and/or treated Patient.
- Tertanggung adalah Orang yang namanya tertera dalam Data Polis dan atas dirinya diadakan pertanggungan, dalam hal ini Tertanggung adalah Pasien./ *Insured is a Person whose name is stipulated in the Policy Data and on whom the insurance coverage is made in this matter Insured is Patient.*
- Bila Pasien meninggal dunia maka yang menandatangani Pernyataan Persetujuan ini adalah salah satu penerima manfaat dari Pasien./
If the Patient passed away, therefore one of Patient's beneficiaries shall sign this Consent Statement.
- Bila Pasien belum dewasa secara hukum maka yang menandatangani Pernyataan Persetujuan ini adalah salah satu orang tua dari Pasien./
If the Patient is under aged by law, therefore one of Patient's parents shall sign this Consent Statement.

Sehubungan dengan catatan/Keterangan Medis terhadap/Pursuant to the record/Medical information of:

Nama Pasien/Patient Name : _____

Alias/Alias : _____

Alamat/Address : _____

No. KTP/ID Number : _____ No. Passport / Passport ID: _____

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya//, the undersigned:

Bertindak sebagai/Acting as: * Pasien/Patient Orang Tua/Parent Penerima Manfaat/Beneficiary

*(Jika yang bertandatangan adalah Pasien maka informasi di bawah ini tidak perlu diisi./
If Patient is the undersigned, the following information shall remain blank).

Nama/Name : _____

Alamat/Address : _____

No. KTP/ID Number : _____

Dengan ini saya menyatakan bahwa I/ state that:

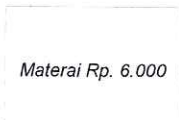
1. Saya memberikan persetujuan kepada dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, institusi, perorangan atau organisasi lainnya, yang mempunyai catatan dan/atau keterangan Medis atau mengetahui keadaan/kesehatan saya dan memberikan catatan dan/atau keterangan Medis tersebut kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia dan/atau pihak lain yang ditunjuk oleh PT Chubb Life Insurance Indonesiasehubungan dengan pengajuan klaim yang sedang diajukan./
I give approval to the doctors, hospitals, clinics, public health services, insurance companies, legal entities, institute, individuals or other organizations, that are possessing record and/or Medical information or knowing the existence of my condition/health and shall provide the records and/or Medical information to PT Chubb Life Insurance Indonesia and or other parties designated by PT Chubb Life Insurance Indonesia in relation to the submitted claim process.
2. Memberikan Kuasa kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia dan/atau pihak-pihak lain yang ditunjuk oleh PT Chubb Life Insurance Indonesia untuk mendapatkan segala sesuatu tentang catatan dan/atau keterangan Medis dari dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, institusi, perorangan atau organisasi lainnya./
I give authority to PT Chubb Life Insurance Indonesia and/or other parties designated by PT Chubb Life Insurance Indonesia to gather all records and/or Medical information from doctors, hospitals, clinics, public health services, insurance companies, legal entities, institution, individuals or other organizations.
3. Membebaskan PT Chubb Life Insurance Indonesia dan/atau dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, institusi, perorangan atau organisasi lainnya dari segala tuntutan hukum sehubungan dengan pemberian catatan dan/atau keterangan Medis tersebut./
I waive PT Chubb Life Insurance Indonesia and/or doctors, hospitals, clinics, public health services, insurance companies, legal entities, institute, individuals or other organizations from all lawsuits relating to transfer the records and/or Medical information.

Demikian surat Pernyataan Persetujuan ini dibuat dengan sebenar-benar dan salinan (fotokopi) dari Pernyataan Persetujuan ini sah, berlaku dan mempunyai kekuatan hukum yang sama seperti aslinya, dengan ketentuan dalam salinan tersebut terdapat cap dan paraf dari Departemen PT Chubb Life Insurance Indonesia./

This Consent Statement is truly made and the copy of this Consent Statement is valid, enforceable and has the same legal power as the original, with the conditions that such copy of Consent Statement is signed and stamped by Claim Department PT Chubb Life Insurance Indonesia.

Tempat & Tanggal _____, _____ / _____ / _____
Place & Date

Pemberi Pernyataan/The Principal



Tandatangan & Nama/Signature & Name