

- Pernah Periksa atau berobat ke :
 - a. Dokter/ Rumah Sakit/ Poliklinik :
 -,.....
 - Alamat :
 - b. Dokter/ Rumah Sakit/ Poliklinik :
 -
 - Alamat :
 -
- 3. Almarhum / almarhumah selama ini pernah / tidak pernah *) melakukan pemeriksaan dan pengobatan secara rutin, baik ke Dokter, Rumah Sakit, Poliklinik, Puskesmas atau ke tempat lain misal ke Laboratorium, Jika pernah :
 - Biasa memeriksakan diri / berobat ke
 - a.Alamat.....
 - b.Alamat.....
 - c.Alamat.....
 - d.Alamat.....
 - Keterangan lain-lain :
 -
- 4. Almarhum / almarhumah pernah / tidak pernah *) melakukan rawat inap, Jika pernah sebutkan :
 - Rumah Sakit :
 - Alamat :
 -
 - No. Register :
 - Rawat Inap : mulai tgl.....sampai dengan
 - Tempat lain :
 -
- 5. Lain-lain yang dianggap perlu (Misal: pernah melakukan operasi, dll)

.....

.....
- 6. Bersama ini saya sebagai ahli waris yang sah, memberi ijin dan KUASA penuh kepada PT Asuransi Jiwa IFG untuk mendapatkan informasi maupun data medis (salinan/fotokopi dokumen terkait) dari semua Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, tenaga medis/ fasilitas kesehatan lain, setiap perusahaan asuransi, dan pihak lain yang pernah memeriksa dan/atau merawat pasien tersebut di atas sehubungan pengajuan klaim asuransi jiwa ini.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan untuk digunakan sesuai keperluan.

.....,

Mengetahui ketua RT/RW

Materai

Rp10.000

.....
Ahli Waris

.....
Telp/ Hp.