



Jenis Perawatan :

- Rawat Jalan / Out Patient Melahirkan / Maternity Bedah satu hari / One Day Care Surgery
- Lain-lain / Others :

Nomor Polis / Policy Number	:	<input type="text"/>
Nama Pemegang Polis / Name of the Policy Holder	:	<input type="text"/>
Nama Karyawan / Name of Employee	:	<input type="text"/>
Nomor Kartu Karyawan / Number Employee Card	:	<input type="text"/>

Nama Pasien / Name of Patient	:	<input type="text"/>
Nomor Kartu Pasien / Number of Patient Card	:	<input type="text"/>
Tanggal Lahir / Date of Birth	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Tgl bln thn / dd mm yyyy)
Jenis Kelamin / Sex	:	<input type="radio"/> Laki - laki / Male <input type="radio"/> Perempuan / Female
Hubungan dengan Karyawan / Relation with Employee	:	<input type="radio"/> Diri Sendiri / Self <input type="radio"/> Istri / Wife
	:	<input type="radio"/> Anak / Child <input type="radio"/> Suami / Husband

Saya menyatakan dan memberi kuasa kepada dokter, klinik, rumah sakit, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau institusi lainnya untuk memberikan catatan dan atau keterangan medis sehubungan dengan keadaan / kesehatan saya atau keluarga saya yang menjadi tertanggung PT Asuransi Jiwa Kresna (Kresna Life). Seluruh keterangan ini ditulis dengan benar dan saya menyadari bahwa salinan pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

I hereby declare and authorize to doctor, clinics, hospitals, public health center, insurance company, legal institution, personal other orgaization to give the information and or medical record according my condition/health or my family condition/health which being as the insured to PT Asuransi Jiwa Kresna (Kresna Life). All information was written truthly and agree that a copy of this authorization shall be valid as the original.

Ditandatangani di / Sign in Tanggal / Date

KARYAWAN / EMPLOYEE

Tanda tangan, nama dan NIK