

Personal Accident Claim Form



Please fill in with print letters and returns to the address above
mohon lengkapi dengan huruf cetak dan kembalikan kealamat yang ada diatas.

How To Claim / Cara Mengajukan Claim

Ensure that the Attending Physician completes to Section E of this Form
(harap dokter yang merawat melengkapi bagian E dari formulir ini)

Send this Form together with : Police Report for traffic accident, Company Statement for working accident, id Card, Family Card, Visum et Repertum, Original Doctor/Hospital Receipts & Prescription for medical expenses due to accident, etc.
(kirimkan kembali formulir bersama : Surat Lapori Polisi, Surat keterangan perusahaan, fotocopy KTP dan KK, Visum et Repertum, Asli kwitansi Dokter/rumah sakit dan resep obat, dll)

If Partial Disability Claim, please also complete the attached Disability Chart acknowledged and signed by the Attending Physician
(Untuk klaim cacat sebagian, harap dokter yang merawat melengkapi formulir daftar cacat terlampir yang ditanda tangani oleh dokter yang merawat)

Section A. Personal Data / Data Pribadi

Name : _____ Policy No : _____
Nama No. Polis

Address : _____ Phone No : _____ Home : _____
(Alamat) No Telp (Rumah)
Office : _____
(Kantor)
(Fax)

Company Name : _____ (If insured by the company/jika diasuransikan oleh perusahaan)
(Nama Perusahaan)

Section B. Accident Details / Keterangan Kecelakaan

Please tick (x) the application type of accident below (beri tanda (x) untuk jenis kecelakaan berikut ini)

- Type of accident (jenis kecelakaan)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

 Traffic Accident / Kecelakaan Lalu Lintas
Working Accident / Kecelakaan Kerja
Other Accident / Kecelakaan Lainnya
- Place of Accident
Tempat Kecelakaan
- Data & Time of Accident : DD MM YY Time (Tgl) (Bln) (Th) (Jam)
tgl & waktu kecelakaan
- Details of Accident :
Berita Acara Kecelakaan

Section E Attending Physician's Statement / Surat Keterangan Dari Dokter

1 Please State nature and extent of injuries
Uraikan secara singkat sifat luka yang diderita

2 A Please State nature as fully as possible the cause of the injuries
Terangkan selengkap - lengkapnya sebab dari luka yang diderita

B Is the appearance of the Injury consistent therewith ?
Apakah ujud luka tersebut berhubungan dengan kecelakaan tersebut ?

3 Such injuries mentioned above resulting to the following condition :
Luka-luka tersebut diatas mengakibatkan Pasien mengalami :

Death / Meninggal Dunia
 Permanen Total Disability / Cacat Total Tetap
 Partial Disability (please continue with the overleaf Disability Chart)
Cacat sebagian (mohon dilanjutkan dengan melengkapi daftar cacat tubuh dibalik lembar ini)

4 Is there any connection between the present disablement and any disease or previous accident ? If so, please give details.
(Apakah terdapat hubungan antara ketidakmampuan yang sekarang ini dengan sesuatu penyakit atau kecelakaan sebelumnya ? Apabila ya, harap jelaskan.)

5 Is the patient now, or was he/she at the time of the accident, subject to or suffering from any illness or disease irrespective of the injury ? Tanpa mengindahkan luka tersebut harap saudara terangkan apakah pasien pada saat ini atau pada saat terjadinya kecelakaan, menderita suatu penyakit ?

Yes No If yes please state:

a) Nature of the illness (Sifat Penyakit)

b) The probable duration thereof (lamanya penyakit itu mungkin diderita)

c) The extent to which it has affected the patient's recovery
(besarnya pengaruh penyakit itu atas kesembuhan pasien atas lukanya)

6 Has the patients been confined to the house by your instruction ?
Apakah pasien menjalani rawat jalan dirumah atas petunjuk saudara

Yes
Ya

No
Tidak

Jakarta,

(_____)
Tertanggung

(_____)
Dokter

*) Mohon disertai Cap Rumah Sakit dan Tanggal pada tanda tangan Dokter

