

**FORMULIR KLAIM KECELAKAAN  
ACCIDENT CLAIM FORM**

Nomor Polis  
Policy Number

<u>Nama Pemegang Polis</u> Policyholder's Name		<u>Kelamin</u> Gender	<u>Umur</u> Age
<u>Alamat</u> Corresponding Address		<u>Telepon</u> Telephone	<u>Email</u> Email
<u>Pekerjaan Sekarang</u> Current Occupation		<u>Nama dan Alamat Perusahaan</u> Name and Address of Employer	
<u>Tanggal kecelakaan</u> Date of accident	<u>Waktu Kecelakaan</u> Time of accident	<u>Pagi</u> A.M	<u>Sore</u> P.M
<u>Lokasi Kecelakaan</u> Place of Accident			
<u>Deskripsikan kecelakaan secara detail</u> Describe of accident in detail			
Apakah Anda mengajukan klaim asuransi atau kompensasi lain terkait kecelakaan ini? Are you submitting any other insurance or compensation claim due to this accident?		<input type="checkbox"/> <u>Tidak</u> No	<input type="checkbox"/> <u>Ya</u> Yes
			<u>Nama Perusahaan</u> Company Name
<u>Deskripsikan cedera secara detail</u> Describe of injury in detail			
<u>Dokter yang Menangani</u> Attending Doctor		<u>Alamat Dokter</u> Doctor's Address	
<u>Nama dan alamat rumah sakit (jika dirawat)</u> Name and address of hospital (if treated as inpatient)			
<u>Tidak dapat bekerja secara total</u> Totally disabled	<u>Dirawat di rumah sakit</u> Confined to hospital	<u>Dirawat di rumah</u> Confined to house	
<u>Dari</u> From	<u>Sampai</u> To	<u>Dari</u> From	<u>Sampai</u> To
<u>Tanggal berapakah anda bekerja kembali?</u> What date did you return to work?	<u>Apabila Anda belum bekerja kembali, kapan kiranya Anda akan kembali</u> If you haven't returned to work, when will you plan to return		

KWITANSI TERPERINCI DARI BIAYA PENGELURAN MEDIS UNTUK KLAIM INI HARUS DISERTAKAN DAN TIDAK DAPAT DIKEMBALIKAN  
DETAILED RECEIPTS OF MEDICAL EXPENSES FOR WHICH CLAIM IS MADE MUST BE ATTACHED AND NON-RETURNABLE

Tanggal  
Date

Tanda tangan yang mengajukan klaim  
Claimant's Signature

**PENTING** : Untuk menghindari keterlambatan, silahkan menandatangani surat kuasa di bawah ini.  
**IMPORTANT** : To avoid delay, please sign authorization at bottom of report

**SURAT KUASA  
AUTHORIZATION**

Dengan ini saya memberi kuasa kepada rumah sakit, dokter atau orang lain yang memeriksa atau mengobati saya untuk melengkapi keterangan yang diperlukan perusahaan atau perwakilannya, seluruh keterangan yang bersangkutan dengan suatu penyakit atau kecelakaan, riwayat kesehatan, konsultasi, pemberian resep atau pengobatan, dan salinan dari seluruh dokumen rumah sakit atau kesehatan. Fotocopy ini akan diperlakukan sesuai dengan aslinya.

*I do hereby solemnly authorize the hospital, physician, or other person who has attended or examined me, to provide the Company or its authorized representative any information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescription or treatment, and copies of all hospital or medical records. A photocopy of this letter of authority shall be considered as effective and valid as the original.*

Tanda tangan Pemegang Polis  
Policyholder's Name

