

**FORMULIR PENGAJUAN PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI
(KLAIM CACAT TETAP KARENA KECELAKAAN)
SUBMISSION FORM PAYMENT OF INSURANCE BENEFITS
(CLAIM PERMANENT DISABILITY DUE TO ACCIDENT)**

Yang Bertandatangan di bawah ini :

That the undersigned

Nama : _____ (Pria/Wanita)*
Name : _____ (man/Woman)*
Tempat/Tanggal Lahir : _____ / _____ Umur : _____ Tahun
Place/Date of birth : _____ Age : _____ Year
Alamat : _____
Address : _____

Nomor Telp : Rumah : _____ HP : _____ Faks : _____
Telephone Number : Home Hp Fax

Hubungan dengan Tertanggung/Peserta : _____
Relationship with the Insured/Participant

Dengan ini mengajukan permohonan pembayaran Manfaat Asuransi, atas nama:

Hereby apply for payment of insurance benefits on behalf of:

1. Nama Tertanggung : _____ (Pria/Wanita)*
Name of the Insured : _____ (Man/woman)*
2. Tempat/Tanggal Lahir : _____ / _____ Umur : _____ Tahun
Place/Date of birth : _____ Age : _____ Years
3. Nomor Polis & Peserta : _____
Policy & Participant Number
4. Pemegang Polis : _____
Policy Holder
5. Pekerjaan : _____
Occupation
6. Nomor HP & Email : _____
No HP & Email
7. Uang Pertanggungan : Rp _____
Sum Insured
8. Klaim yang diajukan : Rp _____
Claims submitted
9. Tanggal Meninggal : _____ (hr/bln/thn)
Date of Death : _____ (d/m/y)
10. Jenis Kecelakaan : Kecelakaan Kerja Kecelakaan Lalu-Lintas Lainnya _____
Types of Accidents : Work Accident Traffic Accidents Other
11. Penyebab Kecelakaan : _____
Cause of Accidents
12. Tanggal Kecelakaan : _____ (hr/bln/thn)
Date of Accidents : _____ (d/m/y)
13. Tempat Kejadian Peristiwa : _____
The Crime Scene
14. Berikan gambaran secara singkat & jelas mengenai peristiwa kecelakaannya (kronologi):
Describe the whole chronology of the accident : _____

15. Apakah kecelakaan tersebut dilaporkan kepada pihak berwajib ? Jika tidak, mengapa?
Was the accident reported to the authorities? If not, why?
16. Jenis Cacat : Cacat Tetap Seluruhnya (100%) Cacat Tetap Sebagian
Type of Disability : Permanent Total Disability Permanent Disability Majority

17. Jika Cacat Tetap Sebagian :

Case of major permanent disability

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lengan Kanan mulai dari sendi bahu
<i>Right arm starting from the shoulder joint</i> | <input type="checkbox"/> Lengan kiri mulai dari sendi bahu
<i>Left arm from the shoulder joint</i> |
| <input type="checkbox"/> Lengan kanan mulai dari atas sendi siku
<i>Right arm from the elbow joint</i> | <input type="checkbox"/> Lengan kiri mulai dari atasnya sendi siku
<i>Upper left arm from the elbow joint</i> |
| <input type="checkbox"/> Tangan kanan mulai dari pergelangan tangan
<i>Starting from the upper right hand wrist</i> | <input type="checkbox"/> Tangan kiri mulai dari pergelangan tangan
<i>Starting from the upper left hand wrist</i> |
| <input type="checkbox"/> Satu kaki mulai dari lutut sampai pangkal paha
<i>One leg from the knee to the groin</i> | <input type="checkbox"/> Satu kaki mulai dari mata kaki sampai lutut
<i>One leg from ankle to knee</i> |
| <input type="checkbox"/> Ibu jari tangan kanan
<i>Right thumb</i> | <input type="checkbox"/> Ibu jari tangan kiri
<i>Left thumb</i> |
| <input type="checkbox"/> Jari telunjuk tangan kanan
<i>The index finger of the right hand</i> | <input type="checkbox"/> Jari telunjuk tangan kiri
<i>The index finger of the left hand</i> |
| <input type="checkbox"/> Jari kelingking tangan kanan
<i>The little finger of the right hand</i> | <input type="checkbox"/> Jari kelingking tangan kiri
<i>The little finger of the left hand</i> |
| <input type="checkbox"/> Jari tengah atau manis tangan kanan
<i>Middle finger or right hand ring</i> | <input type="checkbox"/> Jari tengah atau manis tangan kiri
<i>Middle finger or the left hand ring</i> |
| <input type="checkbox"/> Satu ibu jari kaki
<i>One toe</i> | <input type="checkbox"/> Satu jari kaki lainnya
<i>The other toes</i> |
| <input type="checkbox"/> sebelah mata
<i>One-side eye</i> | <input type="checkbox"/> Pendengaran pada kedua belah telinga
<i>Hearing in both ears</i> |
| <input type="checkbox"/> Pendengaran pada sebelah telinga
<i>One ear hearing</i> | <input type="checkbox"/> Sebelah daun telinga secara keseluruhan
<i>Ear-side</i> |

18. Apakah Anda Kidal : Ya Tidak
Are you lefthanded Yes No

19. Jelaskan secara detail seluruh gejala dan jenis luka-luka yang mengakibatkan kecacatan yang diderita :

Explain all the symptoms and types of injuries suffered by current disability :

20. Tanggal terakhir bekerja : _____ (hr/bln/thn)
Last date of work (d/m/y)

21. Perlu perawatan di : Rumah Sakit Rumah Lainnya _____
Treatment needed in: Hospital Home Others

22. Mohon diberikan nama dan alamat dokter atau spesialis yang pernah dikunjungi sehubungan dengan keadaan ini :

Please give the name and address of the doctor or specialist that is related/connected to the event:

No. <i>No.</i>	Tanggal <i>Date</i>	Dokter/Spesialis <i>Doctor / Specialist</i>	Rumah Sakit <i>hospital</i>	Alamat <i>address</i>

23. Polis-polis dari perusahaan asuransi jiwa lain yang dimiliki :

Other policies owned from other companies:

No. <i>No.</i>	Nama Perusahaan <i>Name of Company</i>	Nomor Polis <i>Policy Number</i>	Manfaat Asuransi <i>Insurance Benefits</i>	Uang Pertanggungan <i>Sum Insured</i>

Apabila klaim disetujui, pembayaran akan ditransfer ke rekening sesuai PKS (bila ada):

If claim approved, Payment will be transferred to the Account

Nama : _____
Name

Bank / Cabang : _____
Bank/Branch

Nomor Rekening : _____
Account Number

Mata Uang : _____
Currency

Dokumen yang perlu dilengkapi :

Documents that need to be completed :

- Fotocopy Identitas diri Tertanggung (ktp/sim/paspor) dan kartu peserta/sertifikat/polis asuransi (bila ada)
Copy of the Assured Identity (ID card / sim / passport) and the card / certificate / insurance policy (if any)
- Fotocopy Identitas diri Ahli Waris atau yang mewakili
Copy of Identity of Heirs or its representative
- Jika kecelakaan lalu-lintas, lampirkan Surat Keterangan Kecelakaan dari kepolisian
If the traffic accident, attach a Certificate of Police Accident
- Foto Rontgen bagian yang cacat tetap
X-ray part a permanent disability
- Surat Keterangan cacat tetap dari dokter
Permanent disability Certificate of doctors
- Foto bagian tubuh yang cacat tetap (close-up)
Photo permanent disability of the body (close-up)
- Foto seluruh tubuh dengan menunjukkan bagian yang cacat
Photos showing the entire body with the defective parts
- Kwitansi asli dari Rumah Sakit beserta Rinciannya
The original receipt along with the details of the Hospital

.....,.....20....

(.....)

Penerima Manfaat

Beneficiaries

Catatan : Formulir Claim harap diisi lengkap, jujur dan benar dengan melampirkan dokumen klaim yang diperjanjikan

Note : Please fill in the claim form complete, honest and true to attach the document claims that the agreement

)*coret yang tidak perlu
cross the unnecessary