

**FORMULIR PENGAJUAN PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI
(PENGgantian BIAYA PERAWATAN KARENA KECELAKAAN)**

*SUBMISSION FORM PAYMENT OF INSURANCE BENEFITS
(REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES 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. Jenis Kecelakaan : Kecelakaan Kerja Kecelakaan Lalu-Lintas Lainnya _____
Types of Accidents Work Accident Traffic Accidents Other
10. Penyebab Kecelakaan : _____
Cause of Accidents
11. Tanggal Kecelakaan : _____ (hr/bln/thn)
Date of Accidents (d/m/y)
12. Tempat Kejadian Peristiwa : _____
The Crime Scene
13. Berikan gambaran secara singkat & jelas mengenai peristiwa kecelakaannya (kronologi):
Describe the whole chronology of the accident :

14. Apakah kecelakaan tersebut dilaporkan kepada pihak berwajib ? Jika tidak, mengapa?
Was the accident reported to the authorities? If not, why?

15. Jenis Cacat : Cacat Tetap Seluruhnya (100%) Cacat Tetap Sebagian
Type of Disability Permanent Total Disability Permanent Disability Majority
16. Tanggal terakhir bekerja : _____ (hr/bln/thn)
Last date of work (d/m/y)
17. Perlu perawatan di : Rumah Sakit Rumah Lainnya _____
Treatment needed in: Hospital Home Others

18. 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>

19. 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>

20. Perincian Obat yang diresepkan oleh Dokter :

Breakdown of drugs prescribed by doctors:

No. <i>No.</i>	Nama Resep <i>Name Prescription</i>

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

If Claims 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
- 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*