



FORMULIR KLAIM KECELAKAAN DIRI PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM

PERHATIAN

Bila data, fakta & informasi mengenai klaim tidak sesuai dengan yang sebenarnya terjadi, maka proses klaim tidak akan dilanjutkan.

ATTENTION

If the data, fact & information about the claim then the claim will not be processed.

CARA MENGAJUKAN KLAIM / HOW TO CLAIM

- **Harap dokter yang merawat melengkapi Bagian E dari formulir ini**
Ensure that the Attending Physician completes to Section E of this form
- **Kirimkan kembali formulir bersama: Surat Laporan Polisi, Surat Keterangan Perusahaan, fotokopi KTP dan KK, Visum et Repertum. Asli kwitansi dokter/rumah sakit dan resep obat, dll**
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.
- **Untuk klaim cacat sebagian, harap dokter yang merawat melengkapi formulir daftar cacat terlampir yang ditandatangani oleh dokter yang merawat.**
If partial disability claim, please also complete the attached disability chart acknowledge and signed by the attending physician.

BAGIAN A

DATA PRIBADI / PERSONAL DATA

Nama :
Name

No. Polis :
Policy No.

Alamat:
Address

No. Telp. : **Rumah**
Phone No. *home*

.....

Kantor
office

.....

Handphone

Nama Perusahaan : Jika diasuransikan o/eh perusahaan
Company Name If insured by the company

BAGIAN B

KETERANGAN KECELAKAAN / ACCIDENT DETAILS

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

1. Jenis Kecelakaan / Type of Accident

Kecelakaan Lalu Lintas
Traffic Accident

Kecelakaan Kerja
Working Accident

Kecelakaan Lainnya
Other Accident



2. Tempat Kecelakaan / Place of Accident

.....
.....

3. Tanggal & Waktu Kecelakaan / Date & Time of Accident

DD MM YY Time.....
Tanggal Bulan Tahun Jam

4. Berita Acara Kecelakaan / Details of Accident

.....
.....
.....
.....

BAGIAN C

JENIS KLAIM / TYPE OF CLAIM

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

- Santunan Medis**
Medical Benefit
- Meninggal Karena Kecelakaan**
Accidental Death
- Cacat Total Tetap**
Permanent Disability
- Cacat Total Sebagian**
Partial Disability
- Santunan Mingguan**
Weekly Benefit

1. Jelaskan sifat luka yang menyebabkan kematian
Please state nature of injury that causes death

.....
.....
.....

2. Jika mengalami ketidakmampuan, harap lengkapi pernyataan berikut ini
If you suffer from disability, please fill in below

Jenis Ketidakmampuan/Cacat / Nature of disability

.....

Tidak dapat masuk kerja DD ____ MM ____ YY ____ to DD ____ MM ____ YY ____
Unable to attend work from: Tanggal Bulan Tahun s/d Tanggal Bulan Tahun

Untuk klaim ini mohon sertakan daftar absensi selama 1 bulan sebelum dan sesudah kecelakaan
For the purpose of this claim please attached your absence report 1 month before and after the accident



BAGIAN D

DEKLARASI DAN SURAT KUASA / DECLARATION AND AUTHORIZATION LETTER

1. DENGAN INI SAYA MENYATAKAN bahwa luka-luka tersebut di atas saya derita sebagai akibat dari kekerasan, kecelakaan yang datang dari luar dan dapat dilihat, dan oleh karena itu saya mengajukan tuntutan ganti rugi ini. Selanjutnya saya mengajukan bahwa keterangan-keterangan tersebut di atas adalah benar dan tidak ada keterangan-keterangan yang tidak benar yang saya berikan pada Perusahaan Asuransi

I HEREBY DECLARE that I have received the injuries above described by violent, accidental, external and visible means, and I claim compensation under the above Policy in respect thereof. I hereby warrant that the above statements and facts are true and that I have not withheld from the Company any material information in connection with this claim.

2. DENGAN INI SAYA MEMBERI KUASA, kepada setiap Dokter, Rumah Sakit/Kilinik, Perusahaan dan Organisasi lain. Institusi ataupun perorangan yang mengetahui keadaan atau kesehatan saya untuk mengungkapkan setiap dan semua informasi kepada PT Fairfax Insurance Indonesia atau mereka yang mewakilinya.

I HEREBY AUTHORIZE any Doctor (s) who has ever medically attended me, or any Hospital/Clinics, Companies, and other Organizations, Institution and Individual to disclose any or all relevant knowledge or information pertaining to my condition which acquired by PT Fairfax Insurance Indonesia of their Authorized Representative.

3. DENGAN INI SAYA MEMBERI KUASA kepada PT Fairfax Insurance Indonesia untuk mengumpulkan dan menyimpan setiap data pribadi pemegang polis dan orang yang mengajukan klaim, dan untuk mengungkapkan data pribadi tersebut kepada pihak ketiga yang layak baik di dalam maupun di luar wilayah Republik Indonesia, termasuk pada para penyedia jasanya untuk melaksanakan pelayanan atau kegiatan usaha tertentu atas nama PT Fairfax Insurance Indonesia. Selanjutnya, Saya setuju bahwa PT Fairfax Insurance Indonesia dapat menyimpan, menggunakan dan mengungkapkan data pribadi tersebut dengan cara yang demikian.

I HEREBY AUTHORIZE PT Fairfax Insurance Indonesia or its Authorized Representative to collect and record any personal data of the policyholder and claimant(s), and disclose such personal data to appropriate third parties in or outside the Republic of Indonesia, including its service providers to deliver services or carry out certain business activities on its behalf

Furthermore, I hereby consent to PT Fairfax Insurance Indonesia recording, using and disclosing such personal data in this way.

Tanggal / Date _____ Tanda Tangan Bertanggung Jawab / Claimant Signature _____

BAGIAN E

SURAT KETERANGAN DOKTER / ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

1. Uraikan secara singkat sifat luka yang diderita

Please state nature of injury that causes death

.....
.....

2. A. Terangkan selengkap-lengkapny sebab dari luka yang diderita:

Please state as fully as possible the cause of the injuries

.....
.....

B. Apakah wujud luka tersebut berhubungan dengan kecelakaan tersebut?

Is the appearance of the injury consistent therewith?

.....
.....



3. Luka-luka tersebut diatas mengakibatkan Pasien mengalami:

Such injuries mentioned above resulting to the following condition:

- Meninggal Dunia / Death
- Cacat Total Tetap Permanen / Total Disability
- Cacat Sebagian (mohon dilanjutkan dengan melengkapi Daftar Cacat Tubuh dibalik lembar ini)
Partial Disability (please continue with the overleaf Disability Chart)

4. Apakah terdapat hubungan antara ketidakmampuan yang sekarang ini dengan sesuatu penyakit atau kecelakaan sebelumnya? Apabila Ya, harap dijelaskan

*Is there any connection between the present disablement and any disease or previous accident?
If so, please give details*

.....

.....

5. Tanpa mengindahkan luka tersebut harap Saudara terangkan apakah pasien pada saat ini atau pada saat terjadinya kecelakaan, menderita suatu penyakit?

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?

Yes No

If Yes, please state:

a) Sifat penyakit / Nature of illness

b) Lamanya penyakit itu mungkin diderita / The probable duration thereof.....

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

d) Apakah pasien berada dalam pengaruh minuman keras.....
Has the patient under the influence of Alcohol?

e) Apakah disebabkan kehamilan? Jika Ya, Jelaskan.....
Whether due to pregnancy? If Yes, Explain

e) Apakah diperlukan tindakan pembedahan? Jika Ya, Jelaskan.....
Is surgery necessary? If Yes, Explain

6. Apakah pasien menjalani rawat jalan dirumah atas petunjuk Saudara?

Yes No
Ya Tidak

Has the patient been confined to the house by your instruction?

Jika Ya, jelaskan

if yes, please state inclusive dates:

DD _____ MM _____ YY _____ to DD _____ MM _____ YY _____
tgl _____ bin _____ th _____ s/d tgl _____ bin _____ th |

7. Kapan Saudara pertama kali memeriksa pasien setelah kecelakaan? Tgl _____ bln _____ thn _____

When did you first see and examine Patient after the Accident DD

MM _____ YY _____

8. Apabila Pasien mengalami cacat tetapi tidak mengakibatkan kehilangan anggota tubuh, berapa persen berkurangnya cacat tersebut.

If Patient is suffered from a disability, please indicate how many percent the degree of disability%

.....

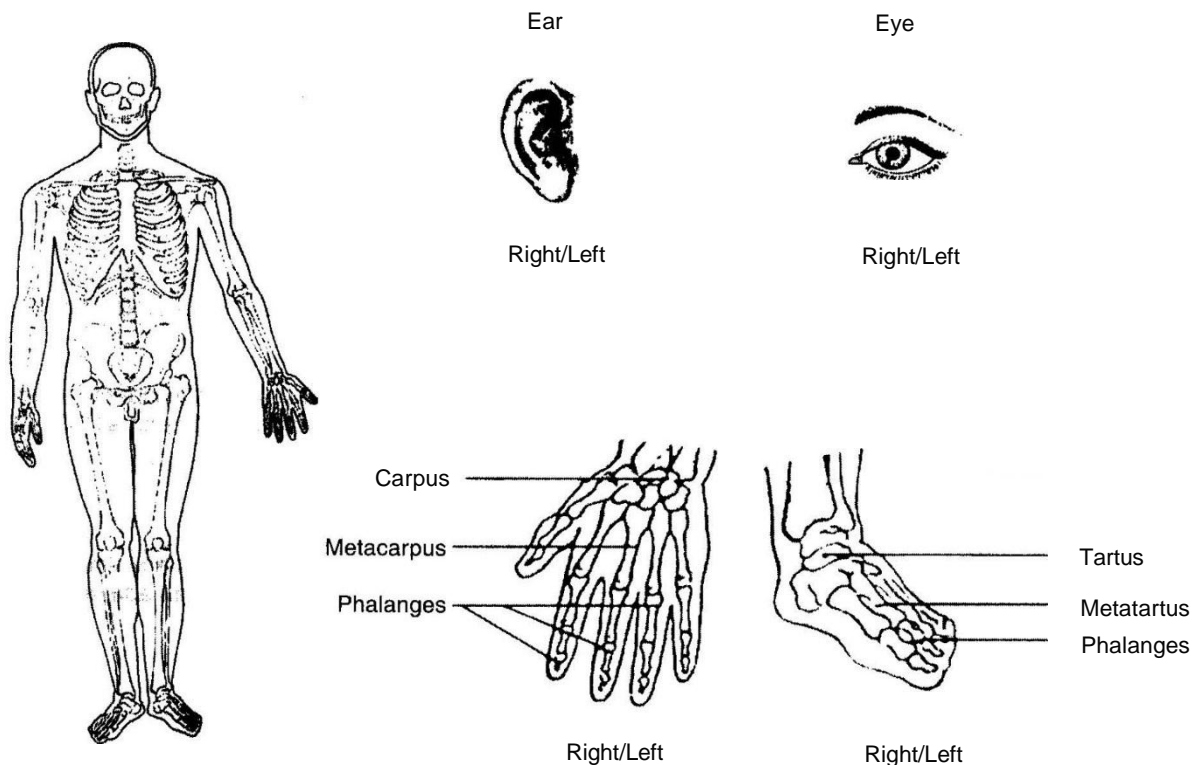
.....

Dilanjutkan dibalik formulir ini

Continue at the overleaf

9. Jika Pasien mengalami kehilangan anggota badan, jelaskan dan tunjukkan pada gambar

If Patient is suffered from dismemberment due to loss of any part of the body, please explain and indicate on the Dismemberment Chart below



Demikian keterangan diatas dibuat dengan sebenarnya sesuai dengan sumpah jabatan.

HEREWITH DECLARE that the above information is prepared in accordance with my medical oath

Tanggal / Date **Tanda Tangan & Cap / Signature & Stamp**

Alamat / Address

.....
.....

Keahlian / Qualification

.....
.....



BAGIAN F
INFORMASI LAIN / OTHER INFORMATION

1. **Adakah Polis Asuransi Lain yang menjamin klaim ini?** :
- Jika Ya**
Any other insurance policy that cover this claim?
If Yes
- a. **Nomor Polis** :
- Policy Number*
- b. **Nama Perusahaan Asuransi** :
- Insurance Company Name*

Tanda Tangan Pemohon / Pemegang Polis
Claimant's Signature/Policyholder