

ACCIDENT CLAIM FORM FORMULIR KLAIM KECELAKAAN

Policy No. No. Polis

Name of Claimant _____ Nama yang mengajukan Klaim	Sex Kelamin	Age Umur
--	----------------	-------------

Corresponding Address Alamat	Telephone Telpon
---------------------------------	---------------------

Present Occupation Pekerjaan sekarang	Name and address of employer Nama dan alamat majikan
--	---

Date of accident Tanggal terjadinya kecelakaan	Date of accident Tanggal terjadinya kecelakaan AM PM Pagi Sore	Place of accident Tempat terjadinya kecelakaan
---	---	---

Describe accident in detail
Terangkan terjadinya kecelakaan secara terperinci

Are you making any other insurance compensation claim as a result of this accident Apakah Anda menutup asuransi lain atau klaim kompensasi sebagai akibat kecelakaan ini?	No Tidak	Yes Ya	Name of company Nama perusahaan
--	-------------	-----------	------------------------------------

Describe injury
Jelaskan luka-lukanya

Attending doctor Dokter yang memeriksa	Doctor's address Alamat Dokter
---	-----------------------------------

If hospitalized, give name and address of hospital
Jika dirawat rumah sakit, sebutkan nama dan alamat rumah sakit tersebut

Totally and absolutely disabled Tidak dapat bekerja sama sekali	Confined to hospital Dirawat di rumah sakit	Confined to house Dirawat di rumah
From To Dari Sampai	From To Dari Sampai	From To Dari Sampai

What date did you return to work? Tanggal berapakah Anda bekerja kembali?	If you have not returned to work, give expected day of return Apabila Anda tidak kembali bekerja, berikanlah perkiraan hari kembali
--	--

Date _____
Tanggal _____

ITEMIZED BILLS COVERING MEDICAL EXPENSES FOR WHICH CLAIM IS MADE MUST BE ATTACHED NON - RETURNABLE
KWITANSI TERPERINCI DARI BIAYA PENGELUARAN MEDIS UNTUK KLAIM INI HARUS DISERTAKAN DAN TIDAK DAPAT DIKEMBALIKAN

Claimant's signature
Tanda tangan yang mengajukan klaim

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

AUTHORIZATION
SURAT KUASA

I hereby authorize any hospital, physician or other person who has attended or examined me, to furnish to the Company, or it's authorized representative, any and all information will respect to any illness or injury, medical history, consulatation, prescriptions or treatment and copies of all hospital or medical records. A photostatic copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

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