

FORMULIR KLAIM KECELAKAAN DIRI
PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM

Nomor Polis : _____
Policy No.

Nama Tertanggung : _____
Insured Name

Nomor Telepon : _____
Phone No.

Email : _____

INFORMASI KLAIM / INFORMATION OF CLAIM

Tanggal & Tempat Kejadian : _____
Date & Place of Accident

Kronologi Kejadian : _____
Detail of Accident

Tanggal Masuk Rumah Sakit : _____ Tanggal Keluar Rumah Sakit : _____
Admission Date Discharged Date

Nama Rumah Sakit : _____
Hospital Name

Alamat Rumah Sakit : _____
Hospital Address

Nama Dokter Yang Merawat : _____
Name of Attending Physician

Nomor Telepon & Faksimili : _____
Phone & Facsimile No.

HARAP DIISI & DILENGKAPI SESUAI DENGAN KLAIM YANG DIAJUKAN / PLEASE FILLED & COMPLETE IN ACCORDANCE WITH CLAIMS

Dokumen umum yang harus ada / General documents required

- Formulir klaim yang sudah diisi, dilengkapi dan ditandatangani / *Completed claim form and signed*
- Surat keterangan dari Kepolisian (ASLI) dalam hal kecelakaan atau meninggal dunia / *Original Police report in case of an accident or death*

1. Meninggal Dunia / Accidental Death

- Surat pernyataan kematian dari rumah sakit dan keterangan penyebab kematian / *Statements of death from hospital dan information cause of death*
- Laporan otopsi / *Autopsy reports*
- Nama pelapor & hubungan dengan Tertanggung / *Claimant name & relationship with the Insured*
- Laporan medis & Pernyataan dari Dokter terkait kondisi keretakan / *Medical report & statement from the Physician regarding fracture condition*
- Jenis keretakan / *Type of fracture* : _____

2. Biaya Pengobatan Rumah Sakit / Medical Expenses

- Laporan medis dari Dokter yang merawat / *Medical report from attending physician*
- Invoice Rumah Sakit (ASLI) / *Original payment receipt*
- Resume Medis / *Hospital discharge summary*

3. Lain-lain / Others

- Melampirkan kelengkapan dokumen seperti point 1 atau 2 (sesuai kondisi) / *Attach the completeness of documents such as point 1 or 2*

PERNYATAAN DOKTER / HERBALIST (HARUS DILENGKAPI OLEH DOKTER / HERBALIST YANG MERAWAT) / Statement from physician / herbalist (must be completed by attending physician / herbalist)

Nama pasien : _____ Tanggal Kecelakaan : _____
Patient name Date of accident

Apakah anda Dokter/Herbalist yang biasa merawat pasien ? Ya / Tidak
Are you a Physician/Herbalist who usual care this patients ? Yes / No

Cedera yang diderita : _____
The injury suffered

Diagnosa : _____
Diagnose

Perawatan : _____
Treatment

Periode rawat inap : dari : _____ hingga : _____
Period of hospitalization from up to

Kondisi pasien : Sembuh / Membaik / Tidak Membaik / Memburuk
Condition of patient Cured / Better / Not Better / Worsened

Apakah pasien menderita kondisi medis lain yang mempengaruhi proses penyembuhan ? Ya / Tidak
Whether the patient suffers from other medical conditions that affect the healing process ? Yes / No

Bila Ya, jelaskan : _____
If Yes, please explain

DEKLARASI / DECLARATION :

Saya dengan ini menyatakan bahwa jawaban saya atas pertanyaan diatas adalah benar dan apa adanya sebaik-baiknya pengetahuan dan kepercayaan saya / I hereby declare that my answer to the question above is correct and is the best of my knowledge and belief .

TTD & stempel rumah sakit : _____ Tanggal : _____
Sign & hospital stamp Date

Nama Jelas : _____ Jabatan : _____
Full Name Position

Informasi Pembayaran / Payment Information

Jumlah Total Klaim : Total of Claims	Nomor Rekening : _____ Account No.
	Nama : _____ Name
	Nama Bank & Alamat : _____ Bank Name & Address
	Ahli Waris : _____ The Heirs

KUASA DARI PENGAJUAN KLAIM / AUTHORITY OF SUBMISSION OF CLAIMS

Dengan ini saya memberikan kuasa kepada dokter dari rumah sakit manapun atau lainnya yang telah merawat saya untuk memberikan kepada PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance atau perwakilannya segala informasi terkait dengan cedera, catatan perawatan di rumah sakit, konsultasi, resep atau perawatan dan salinan dari semua resume medis di rumah sakit. Saya setuju bahwa salinan dari surat kuasa ini dianggap efektif dan valid seperti halnya surat kuasa yang asli.

I hereby give the authority to the physician of any hospital or other who has treated me to give PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance or delegates any information related to the injury, treatment records at the hospital, consultation, prescriptions or treatment, and copies of all hospital medical resume. I agree that a copy of the power of Attorney is considered as effective and valid as the original power of Attorney

Tanda Tangan Pengajuan Klaim
Claimant Signature