

Nomor Polis
Policy No

Harap Formulir Klaim ini diisi dan segera dikembalikan kepada **PT ASURANSI TOTAL BERSAMA**.
Please complete and return this claim form immediately to **PT ASURANSI TOTAL BERSAMA**.

Pengajuan Formulir ini bukanlah pengakuan akan adanya ganti rugi dari perusahaan asuransi.
The issuance of this form does not represent any admission of liability by the Insurance Company.

Bagian A : Data Tertanggung / Insured Information

Nama Tertanggung Name of Insured	Jenis Kelamin Sex	Usia Age
Alamat & Kode Pos Address & Postal Code	Telepon Seluler Mobile Phone	
Alamat Email Email Address	Telepon Kantor Office Phone	
Nama Perusahaan Company Name	*) Jika diasuransikan oleh perusahaan If insured by the company	

Cara Pembayaran Klaim / Method of Claim Payment

Kami menegaskan bahwa permintaan cara pembayaran klaim ini bukan merupakan pengakuan atas tanggung jawab. Jika klaim disetujui, penggantian akan diberikan kepada Tertanggung atau Ahli Warisnya.
We must emphasize that this claim payment method request is not an admission our liability. If the claim is eligible, the indemnity shall be payable to relevant Insured or the heir.

Bank / Bank :	Pemegang Rekening / Account Holder :
Nomor Rekening / Account Number :	

Bagian B : Keterangan Kecelakaan / Accident Details

Beri Tanda (x) untuk jenis kecelakaan berikut ini :
Please Tick (x) the application type of accident below :

Jenis Kecelakaan
Type of Accident

- Kecelakaan Lalu Lintas / Traffic Accident
 Kecelakaan Kerja / Working Accident
 Kecelakaan Lainnya / Other Accident

Tempat Kecelakaan
Place of Accident

Tanggal dan Waktu Kecelakaan
Date and Time of Accident

Berita Acara Kecelakaan
Details of Accident

Bagian C : Jenis Klaim / Type of Claim

Beri Tanda (x) untuk jenis kecelakaan berikut ini :

Please Tick (x) the application type of accident below :

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

Jelaskan sifat kecelakaan yang menyebabkan kematian

Please state nature of injury that causes death

Jika mengalami ketidakmampuan, harap lengkapi pertanyaan berikut ini :

If you suffer from disability please fill in below :

Jenis Ketidakmampuan / Cacat <i>Nature of disability</i>		
Tidak dapat masuk kerja sejak <i>Unable to attend to work from</i>	Dari Tanggal <i>From Date</i>	Sampai <i>To</i>

Bagian D : Deklarasi dan Surat Kuasa / Declaration and Authorization Letter

Dengan ini Saya menyatakan bahwa luka-luka tersebut diatas, Saya derita akibat dari 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 diatas adalah benar dan tidak ada keterangan-keterangan yang tidak benar yang Saya berikan pada Perusahaan Asuransi.

I hereby declared 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 there of. I hereby warrant that the above statements and facts are true and that I have no withheld from the company any material information in connection with this claim.

Dengan ini Saya memberi kuasa, kepada setiap Dokter, Rumah Sakit/ Klinik, Perusahaan dan Organisasi lain, Institusi ataupun perorangan yang mengetahui keadaan atau kesehatan Saya untuk mengungkapkan setiap dan semua informasi kepada PT Asuransi Total Bersama atau mereka yang mewakili.

I hereby authorize any Doctor (s) who has ever medically attended me, or any Hospital / Clinic, Companies and other Organizations, Institution and Individual to disclose any or all relevant knowledge or information pertaining to my condition which acquired by PT Asuransi Total Bersama of their Authorized Representative.

Tandatangan Tertanggung
Signature of Insured

Tanggal
Date

Fotocopi dari pernyataan ini dapat dianggap berlaku sah seperti aslinya

A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original

Bagian E : Surat Keterangan Dokter / *Attending Physician's Statement*

1. Uraikan secara singkat sifat luka yang diderita
Please State nature and extent of injuries

- 2.A Terangkan selengkap-lengkapnya sebab dari luka yang diderita
Please State nature as fully as possible the cause of the injuries

- 2.B Apakah bentuk luka tersebut berhubungan dengan kecelakaan yang terjadi ?
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 / *Death*
 Cacat Tetap Total / *Permanent Disability*
 Cacat Total Sebagian / *Partialy Disability*

4. Apakah terdapat hubungan antara ketidakmampuan yang sekarang ini dengan sesuatu penyakit atau kecelakaan sebelumnya ? Apabila ya harap jelaskan.
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 ?

Ya
Yes

Tidak
No

Jika Ya, Sebutkan :
If Yes, please state :

- a. Sifat Penyakit / *Nature of the Illness*

- b. Lama Penyakit itu mungkin diderita / *The probable duration thereof*

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

6. Apakah pasien menjalani rawat jalan dirumah atas petunjuk saudara ?
Has the patients been confined to the house by your instruction ?

Ya
Yes

Tidak
No

Jakarta,

Tertanggung
Insured

Dokter
Doctor

*) Mohon disertakan Cap Rumah Sakit dan Tanggal pada tanda tangan Dokter
Please include a Hospital Stamp and Date in the Doctor's signature