

# Great Accident & Life Protection Claim Form

PT Great Eastern General Insurance Indonesia



<b>Policy No</b> Nomor Polis	
---------------------------------	--

<b>Claim No</b> Nomor Klaim	
--------------------------------	--

We would like you to understand that it is a condition of your policy that a detailed statement describing the occurrence likely to give rise to a claim under the policy has to be supplied to Great Eastern Indonesia within 14 days of that occurrence.

Kami ingin menyampaikan bahwa merupakan persyaratan polis bahwa keterangan yang lengkap yang menjelaskan mengenai peristiwa yang menyebabkan anda mengajukan klaim dibawah polis ini harus segera disampaikan ke Great Eastern Indonesia dalam waktu 14 hari dari peristiwa tersebut).

## IMPORTANT

- Please read the Claim Form fully prior to answering the questions.
- ALL questions must be answered as fully as possible. Please use additional sheets if necessary and copies of relevant documentation should be attached.
- If you have any questions in relation to completion of the Claim Form, please contact your insurance advisor or broker.
- Please send the completed Claim Form, as soon as possible, to your insurance advisor or broker or to:

Claims Department  
PT Great Eastern General Insurance Indonesia  
Midplaza 2, 23rd floor  
Jalan Jenderal Sudirman kav. 10-11 Jakarta 10220

<b>Name</b> Nama
---------------------

<b>Address</b> Alamat
--------------------------

<b>Mobile &amp; Telephone No</b>	<b>Email</b>
----------------------------------	--------------

<b>Date of birth</b> Tanggal lahir	<b>Country of Birth</b> Negara Kelahiran
---------------------------------------	---

<b>Occupation</b> Pekerjaan
--------------------------------

<b>Name and address of your Employer</b> Nama dan Alamat Perusahaan
--

<b>Telp No</b> No Telp	<b>Fax No</b> No Fax
---------------------------	-------------------------

<b>Describe usual duties</b> Pekerjaan yang dilakukan
--

<b>Length of time in your present position</b> Lama Bekerja	<b>From</b> Dari	<b>To</b> Sampai
--	---------------------	---------------------

<b>Other Person Or Party To Whom Benefits Must Be Paid</b> Orang/Pihak Lain Penerima Maslahat Asuransi
---

<b>Name</b> Nama
---------------------

<b>Address</b> Alamat
--------------------------

<b>Mobile &amp; Telephone No</b>	<b>Email</b>
----------------------------------	--------------

**IF YOU ARE CLAIMING WEEKLY BENEFITS /JIKA ANDA MENGAJUKAN KLAIM SANTUNAN MINGGUAN:**

**Stated your gross basic salary (Excluding bonuses, commission, overtime and other allowances)**

Sebutkan jumlah kotor gaji anda: (Tidak termasuk bonus, komisi, lembur dan tunjangan lainnya)

**OR (ATAU)**

**If you are self employed; Stated Gross income for previous 12 months (after deduction of all operating expenses of your business or practice)**

Jika anda wiraswasta; Sebutkan Pendapatan kotor untuk 12 bulan sebelumnya (setelah dikurangi semua pengeluaran-pengeluaran usaha atau praktek)

**Period Of Work /Jangka Waktu Kerja**

**A. INJURY (Do not complete this section if you have suffered a sickness)**

CIDERA BADAN (Jangan mengisi bagian ini apabila anda mengajukan klaim karena sakit)

**In your own word describe the nature to your Injury:**

Ceritakan bagaimana kecelakaan terjadi dan cedera badan yang anda alami

**Give name and address and telephone number of your usual family doctor:**

Berikan nama dan alamat juga nomer telepon dokter keluarga anda

<b>Date and time of Injury</b> Tanggal dan jam kecelakaan terjadi?	<b>Date</b> Tanggal	<b>Time</b> Pukul
<b>Where did Injury happen</b> Dimana kecelakaan terjadi?		
<b>How did Injury happen</b> Bagaimana kecelakaan itu terjadi?		

**Give name and address of the treating doctor or hospital for this Injury:**

Sebutkan nama dan alamat dokter atau rumah sakit yang merawat anda

<b>Give date and time of your first medical consultant for this Injury</b> Tanggal dan jam konsultasi pertama mengenai cedera badan ini	<b>Date</b> Tanggal	<b>Time</b> Pukul
<b>On what date were you last able to work</b> Tanggal berapa Anda terakhir dapat bekerja?	<b>Date</b> Tanggal	<b>Time</b> Pukul
<b>On what date did you return to work</b> Tanggal berapa Anda kembali dapat bekerja?	<b>Date</b> Tanggal	<b>Time</b> Pukul
<b>If still totally disable when do you expect your disability terminate?</b> Apabila Anda masih tidak dapat bekerja, Sampai kapan kira-kira Anda dapat mulai bekerja kembali?		

**If you have not yet been allowed by your doctor to resume work please retain the Claim Form complete and send to Great Eastern Indonesia when your claim is ready for finalisation**

Jika Anda masih belum diizinkan oleh Dokter untuk kembali bekerja, simpan Formulir Klaim ini, lengkapi dan kirim ke Great Eastern Indonesia bila klaim Anda telah selesai

**B. SICKNESS (Do not complete this section if you have suffered an Injury)**

SAKIT (Jangan mengisi bagian ini apabila anda mengajukan klaim karena Cidera Badan)

**In your own word describe the nature to your Injury:**

Ceritakan bagaimana kecelakaan terjadi dan cedera badan yang anda alami

**Give name and address and telephone number of your usual family doctor:**

Berikan nama dan alamat juga nomer telepon dokter keluarga anda

**Give name and address of the treating doctor or hospital for this Sickness:**

Sebutkan nama dan alamat dokter atau rumah sakit yang merawat anda

<b>Give date and time of your first medical consultant for this Sickness</b> Tanggal dan jam konsultasi pertama mengenai Sakit ini	<b>Date</b> Tanggal	<b>Time</b> Pukul
<b>On what date were you last able to work</b> Tanggal berapa Anda terakhir dapat bekerja?	<b>Date</b> Tanggal	<b>Time</b> Pukul
<b>On what date did you return to work</b> Tanggal berapa Anda kembali dapat bekerja?	<b>Date</b> Tanggal	<b>Time</b> Pukul
<b>If still totally disable when do you expect your disability terminate?</b> Apabila Anda masih tidak dapat bekerja, Sampai kapan kira-kira Anda dapat mulai bekerja kembali?		

**If you have not yet been allowed by your doctor to resume work please retain the Claim Form complete and send to Great Eastern Indonesia when your claim is ready for finalisation**

Jika Anda masih belum diizinkan oleh Dokter untuk kembali bekerja, simpan Formulir Klaim ini, lengkapi dan kirim ke Great Eastern Indonesia bila klaim Anda telah selesai.

**Have you ever suffered from this or similar condition previously?****If "YES", state below dates, names and addresses of doctors consulted**

Pernahkan anda mengalami sakit ini atau kondisi yang sama seperti ini sebelumnya

Jika "YA", berikan tanggal, nama dan alamat dokter yang merawat Anda

<b>Date</b> Tanggal	<b>Doctor</b> Dokter	<b>Address</b> Alamat
<b>Date</b> Tanggal	<b>Doctor</b> Dokter	<b>Address</b> Alamat
<b>Date</b> Tanggal	<b>Doctor</b> Dokter	<b>Address</b> Alamat

**PREVIOUS MEDICAL HISTORY (CATATAN MEDIS SEBELUMNYA)****What other medical or surgical advice, treatment or attention have you received during the past five years? (give dates, nature of injury or sickness and names and addresses of all doctors, chiropractors, naturopaths, hospital and clinics)**

Adakah saran medis atau bedah, perawatan atau perhatian yang dilakukan pada Anda selama lima tahun terakhir, berikan tanggal, jenis cedera badan atau sakit yang diderita dan nama serta alamat dokter, rumah sakit atau klinik

<b>Date</b> Tanggal	<b>Nature of injury or sickness</b> jenis cedera badan atau sakit	<b>Doctor</b> Dokter	<b>Address</b> Alamat

---

**Did you have any disability or health problem prior to the injury/sickness giving rise to this claim?**

Apakah ada ketidakmampuan atau masalah kesehatan sebelum cedera badan/sakit yang Anda alami

**Yes (Ya)**

**No (Tidak)**

**please give details**

Jika "YA" berikan keterangan

---

**OTHER CLAIMS (KLAIM ASURANSI LAINNYA)**

**In respect of the injury/ sickness are you entitled to receive weekly benefits from:**

sehubungan dengan cedera badan/sakit, apakah anda berhak untuk menerima santunan mingguan dari

**a) any other policy of Insurance**

dari polis Asuransi lainnya?

**b) your employer by way of Workers' Compensation**

dari Perusahaan anda melalui Jamsostek?

**If "YES" to either or the both of above, please give details:**

Jika "YA" atas dua jenis santunan diatas, berikan keterangan

---

**Is this your first claim on this or any other policy for injury / sickness?**

Apakah ini klaim pertama anda baik dalam polis ini maupun polis lainnya untuk cedera badan/sakit

**Yes (Ya)**

**No (Tidak)**

**If "NO", please give us full details of previous claims:**

**(Dates, name of Insurance Company, type of injury/ sickness, and name and address of treating doctor or hospital)**

Jika "TIDAK" berikan keterangan mengenai klaim sebelumnya

(Tanggal, nama Perusahaan Asuransi, jenis cedera badan/sakit, nama dan alamat dokter yang merawat atau rumah sakit)

---

**DECLARATION AND SIGNATURE (PERNYATAAN DAN TANDA TANGAN)**

**I declare that the above statements are true and correct, and I acknowledge that remain ready to provide further evidence of my claim as may be required, and hereby authorize any Hospital, Physician, or other Person who has attended or examined me, or any Employer, to furnish to Great Eastern Indonesia or theirs Agents, any and all information required in respect of any sickness or injury.**

Saya menyatakan bahwa keterangan di atas adalah sebenar-benarnya dan saya menyanggupi untuk menyediakan bukti-bukti lebih lanjut dari klaim saya yang mungkin diperlukan dan dengan ini menguasakan Rumah Sakit, Dokter atau orang lainnya yang telah datang atau memeriksa saya, atau pihak Perusahaan, untuk memberikan Great Eastern Indonesia atau agentnya segala informasi sehubungan dengan sakit atau cedera badan

---

**Signature of Insured**

Tandatangan Tertanggung

**Date**

Tanggal

---

**A Photostat copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.**

Fotocopi dari pernyataan ini dapat dianggap berlaku dan sah seperti aslinya

## Treating Doctor's Statement in Respect of The Disability Described on The Claim Form

Pernyataan Dokter Pemeriksa sehubungan dengan ketidakmampuan yang dijelaskan di formulir klaim

### DIAGNOSIS (DIAGNOSA):

a) Is condition arising out of (Apakah kondisinya timbul karena) -		<input type="checkbox"/> Yes (Ya)
(i) The patient's employment (Pekerjaan Pasien)?		<input type="checkbox"/> No (Tidak)
If "YES", please explain (Jika "YA", Mohon Jelaskan)		
(ii) Pregnancy (kehamilan)		<input type="checkbox"/> Yes (Ya)
		<input type="checkbox"/> No (Tidak)
b) When did injury happen or sickness arrive	Date	
kapan luka atau sakit terjadi	Tanggal	
c) First consultation	Date	
Konsultasi Pertama	Tanggal	
d) Are you the patient's regular physician?	<input type="checkbox"/> Yes (Ya)	
Apakah Anda dokter langganannya?	<input type="checkbox"/> No (Tidak)	
e) If "YES", how long have you know the patient?	years	months
Jika "YA", Sudah berapa lama anda mengenal pasien?	tahun	bulan
f) Describe full nature of any surgical procedure (if any)		
Jelaskan secara lengkap mengenai prosedur pembedahan (jika ada)		
g) Gives dates of other medical (non Surgical) treatment administered		Date
(Berikan tanggal pengobatan lainnya yang diberikan (selain pembedahan)		Tanggal
Home	Office	Hospital
Rumah	Kantor	Rumah Sakit
h) Have any other physician been consulted for this condition?		<input type="checkbox"/> Yes (Ya)
Adakah dokter lainnya yang memeriksa pasien		<input type="checkbox"/> No (Tidak)
If "YES", please state names		
Jika "YA", sebutkan namanya		
i) Is patient still under your care for this condition?		<input type="checkbox"/> Yes (Ya)
Apakah pasien ini masih dibawah perawatan anda		<input type="checkbox"/> No (Tidak)
If "NO", please state date on which your service terminated		Date
Jika "TIDAK", berikan tanggal terakhir perawatan anda		Tanggal
j) Dates totally unfit for work (unable to perform any part of the Patient's Occupation)		
Tanggal pasien secara total tidak dapat melakukan pekerjaannya sama sekali		
From	To	(Both dates inclusive)
Dari	Sampai	(Kedua tanggal tsb termasuk)
k) Dates partially unfit for work (unable to perform some part of the Patient's Occupation)		
Tanggal pasien secara parsial tidak dapat melakukan beberapa bagian dari pekerjaannya		
From	To	(Both dates inclusive)
Dari	Sampai	(Kedua tanggal tsb termasuk)
If uncertain, please estimate		
Jika tidak pasti berikan perkiraan		
Totally unfit to date		Partially unfit to date
Total tidak bisa tanggal		Parsial tidak bisa tanggal
l) Is there a prior history of same or similar condition?		<input type="checkbox"/> Yes (Ya)
Apakah pasien pernah mengalami kondisi seperti ini sebelumnya		<input type="checkbox"/> No (Tidak)
If "YES", please state details		
Jika "YA", berikan keterangan		

m) Has patient requested medical evidence for current disability to be issued to any other insurance company or in connection with Worker's compensation?

Yes (Ya)

No (Tidak)

Apakah pasien pernah mengajukan bukti pengobatan ketidakmampuan ini yang kepada Asuransi lain atau sehubungan dengan Jamsostek

If "YES", please identify.

Jika "YA", berikan keterangan

I certify that this patient \*is/was under medical attention and in my opinion \*is/was \*totally/partially disabled from engaging in \*his/her usual occupation for the period stated above.

Saya menyatakan bahwa pasien ini dibawah pengawasan medis dan menurut pendapat saya tidak mampu secara \*total/parsial untuk melakukan pekerjaannya untuk jangka waktu yang disebutkan diatas

**Doctors Signature**

Tandatangan Dokter

**Date**

Tanggal

**Qualification**

Kualifikasi

**Name**

Nama

**Address**

Alamat

**Telephone No.**

No. Telepon

\* Note: cross out whichever is not applicable

Coret yang tidak perlu

**PT. Great Eastern General Insurance Indonesia**

Midplaza 2, 23rd floor

Jalan Jenderal Sudirman Kav. 10-11, Jakarta 10220, Indonesia

Telp. (021) 572 3737 Fax. (021) 571 0547/48 Website: [www.greateasterngeneral.com/id](http://www.greateasterngeneral.com/id)

**Customer Contact Centre**

T: (021) 572 3737 (Senin - Jumat, 08.30-17.30) F: (021) 571 0547/48

Whatsapp +62 819 15723737

Email : [wecare-id@greateasterngeneral.com](mailto:wecare-id@greateasterngeneral.com)

**Customer Contact Centre**

T: (021) 2554 3800 (Senin - Jumat, 09.00-18.00) F: (021) 5794 4719  
SMS 0812-129-3800 Ketik \*INFO  
Email : [wecare-ID@greataeasternlife.com](mailto:wecare-ID@greataeasternlife.com)

**FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA BUKAN KARENA KECELAKAAN**

Formulir ini harus diisi dan dilengkapi oleh Termaslahat dan dikembalikan kepada Penanggung dengan melampirkan berkas sebagai berikut :

1. Formulir Klaim Meninggal dunia
2. Surat Keterangan Dokter
3. Polis Asli / Sertifikat Asli
4. Surat Keterangan Meninggal Dunia dari Pamong Praja atau Rumah Sakit
5. Surat Keterangan Pemakaman atau Kremasi
6. Fotokopi kartu identitas Pemegang Polis, Tertanggung Dan Ahli Waris
7. Surat Kuasa Pemberian Informasi Rekam Medis
8. Dalam hal manfaat asuransi / uang pertanggungan harus dibayarkan kepada beberapa termaslahat, maka masing-masing termaslahat menguasakannya secara tertulis kepada seseorang atau badan untuk menerima manfaat asuransi dan selanjutnya Penanggung tidak bertanggung jawab atas pembagian di antara mereka.
9. Dokumen lain yang diperlukan (Fotokopi Surat Nikah, Kartu Keluarga, Akte Kelahiran, dll.)

Yang bertandatangan dibawah ini

Nama Lengkap : \_\_\_\_\_

Tanggal lahir : -- tgl/bln/thn

Jenis Kelamin :  Laki-Laki  Perempuan

Alamat : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nomor Telepon Rumah : \_\_\_\_\_ HP : \_\_\_\_\_

Hub dengan Tertanggung / :  Anak  Istri  Suami  Lain-Lain

**MENERANGKAN DENGAN SEBENARNYA, BAHWA**

Nomor Polis :

Nama Tertanggung : \_\_\_\_\_

No. Passport Tertanggung : \_\_\_\_\_

No. KTP Tertanggung : \_\_\_\_\_

Pekerjaan Tertanggung : \_\_\_\_\_

Tanggal lahir : -- tgl/bln/thn

Jenis Kelamin :  Laki-Laki  Perempuan

Meninggal karena :  Sakit / *Illness*  Kecelakaan

Tanggal meninggal : -- tgl/bln/thn

Tempat Meninggal :  Rumah Sakit \_\_\_\_\_  
 Rumah \_\_\_\_\_  
 Lain-lain \_\_\_\_\_

Tempat dimakamkan / dikremasi : \_\_\_\_\_

Tempat & Tanggal .....

Yang Menyatakan,

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan & Nama Jelas

**Customer Contact Centre**

T: (021) 2554 3800 (Senin - Jumat, 09.00-18.00) F: (021) 5794 4719  
SMS 0812-129-3800 Ketik \*INFO  
Email : [wecare-ID@greateasternlife.com](mailto:wecare-ID@greateasternlife.com)

**JIKA MENINGGAL DUNIA KARENA SAKIT :**

Tanggal pertama kali gejala penyakit diketahui : \_\_\_\_\_

Penyakit yang diderita : \_\_\_\_\_

Nama dokter / rumah sakit / klinik dimana Tertanggung pernah berkonsultasi / berobat untuk penyakitnya :

Tanggal Konsultasi	Nama Dokter	Nama & Alamat Rumah Sakit /Klinik

**JIKA MENINGGAL DUNIA DI LUAR NEGERI**

Apakah Tertanggung dimakamkan / dikremasi diluar Indonesia? [ ] Ya [ ] Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan di Negara mana Tertanggung dimakamkan atau dikremasi

\_\_\_\_\_

Nama Dokter dan alamat rumah sakit yang menyatakan Tertanggung meninggal dunia

\_\_\_\_\_

Nama dan alamat saksi mata yang menyaksikan penguburan atau kremasi tersebut :

Nama	Alamat	No Telp

Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan lain / : [ ] Ya [ ] Tidak

Nama Perusahaan Asuransi	No Polis	Uang Pertanggungan

Yang Menyatakan,

Tempat & Tanggal .....

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan & Nama Jelas



**Customer Contact Centre**

T: (021) 2554 3800 (Senin - Jumat, 09.00-18.00) F: (021) 5794 4719  
SMS 0812-129-3800 Ketik \*INFO  
Email : [wecare-ID@greateasternlife.com](mailto:wecare-ID@greateasternlife.com)

Apabila klaim ini disetujui, pembayaran akan ditransfer ke Yang ditunjuk dalam Polis dengan nomor rekening :

Bank : \_\_\_\_\_

Cabang : \_\_\_\_\_

Mata Uang :  Rupiah  US\$

No Rekening : \_\_\_\_\_

Nama : \_\_\_\_\_

Pembayaran harus ditujukan kepada Yang Ditunjuk. Biaya transfer dalam US\$ dan biaya administrasi, yang dibebankan oleh Bank Penanggung dan Bank Penerima akan ditanggung oleh Penerima manfaat.

**Surat Kuasa Pemberian Informasi Rekam Medis**  
**Power of Attorney for Medical Records**

Yang bertandatangan dibawah ini / *The undersigned:*

Nama / *Name* : \_\_\_\_\_

Alamat / *Address* : \_\_\_\_\_

Hubungan dengan tertanggung / *Relationship with the insured* :  Anak / *Child*  Suami / *Husband*  Istri / *Wife*  Orang tua / *Parents*  Diri sendiri / *Own self*

Nama Tertanggung/ *Insured Name* : \_\_\_\_\_

No Passport Tertanggung / *Insured Passport No* : \_\_\_\_\_

No KTP Tertanggung / *Insured ID No* : \_\_\_\_\_

Umur / *Age* : \_\_\_\_\_ tahun / *Years*

Alamat / *Address* : \_\_\_\_\_

Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT Great Eastern Life Indonesia atau mereka yang mendapat kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung baik selama Tertanggung hidup atau telah meninggal dunia. Salinan dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

*I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health centre, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information on the deceased and health of the deceased whether the deceased was still alive or dead to give them to PT Great Eastern Life Indonesia or its authorized institution. A copy of this statement should be as valid and legal as the original.*

Tanggal / *Date* : \_\_\_\_\_

Tandatangan / *Signature* : \_\_\_\_\_

Nama Lengkap / *Full Name* : \_\_\_\_\_