

Personal Accident And Sickness Claim Form

PT Great Eastern General Insurance Indonesia



Policy No Nomor Polis	
---------------------------------	--

Claim No 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

Name Nama

Address Alamat

Mobile & Telephone No	Email
----------------------------------	--------------

Date of birth Tanggal lahir	Country of Birth Negara Kelahiran
---------------------------------------	---

Occupation Pekerjaan

Name and address of your Employer Nama dan Alamat Perusahaan
--

Telp No No Telp	Fax No No Fax
---------------------------	-------------------------

Describe usual duties Pekerjaan yang dilakukan
--

Length of time in your present position Lama Bekerja	From Dari	To Sampai
--	---------------------	---------------------

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

Name Nama

Address Alamat

Mobile & Telephone No	Email
----------------------------------	--------------

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

Date and time of Injury Tanggal dan jam kecelakaan terjadi?	Date Tanggal	Time Pukul
Where did Injury happen Dimana kecelakaan terjadi?		
How did Injury happen 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

Give date and time of your first medical consultant for this Injury Tanggal dan jam konsultasi pertama mengenai cedera badan ini	Date Tanggal	Time Pukul
On what date were you last able to work Tanggal berapa Anda terakhir dapat bekerja?	Date Tanggal	Time Pukul
On what date did you return to work Tanggal berapa Anda kembali dapat bekerja?	Date Tanggal	Time Pukul
If still totally disable when do you expect your disability terminate? 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

Give date and time of your first medical consultant for this Sickness Tanggal dan jam konsultasi pertama mengenai Sakit ini	Date Tanggal	Time Pukul
On what date were you last able to work Tanggal berapa Anda terakhir dapat bekerja?	Date Tanggal	Time Pukul
On what date did you return to work Tanggal berapa Anda kembali dapat bekerja?	Date Tanggal	Time Pukul
If still totally disable when do you expect your disability terminate? 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

Date Tanggal	Doctor Dokter	Address Alamat
Date Tanggal	Doctor Dokter	Address Alamat
Date Tanggal	Doctor Dokter	Address 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

Date Tanggal	Nature of injury or sickness jenis cedera badan atau sakit	Doctor Dokter	Address 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)? If "YES", please explain (Jika "YA", Mohon Jelaskan)		<input type="checkbox"/> No (Tidak)
(ii) Pregnancy (kehamilan)		<input type="checkbox"/> Yes (Ya)
		<input type="checkbox"/> No (Tidak)
b) When did injury happen or sickness arrive kapan luka atau sakit terjadi	Date Tanggal	
c) First consultation Konsultasi Pertama	Date Tanggal	
d) Are you the patient's regular physician? Apakah Anda dokter langganannya?	<input type="checkbox"/> Yes (Ya)	
	<input type="checkbox"/> No (Tidak)	
e) If "YES", how long have you know the patient? Jika "YA", Sudah berapa lama anda mengenal pasien?	years tahun	months 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 (Berikan tanggal pengobatan lainnya yang diberikan (selain pembedahan)		
Home Rumah	Office Kantor	Hospital Rumah Sakit
h) Have any other physician been consulted for this condition? Adakah dokter lainnya yang memeriksa pasien		<input type="checkbox"/> Yes (Ya)
If "YES", please state names Jika "YA", sebutkan namanya		<input type="checkbox"/> No (Tidak)
i) Is patient still under your care for this condition? Apakah pasien ini masih dibawah perawatan anda		<input type="checkbox"/> Yes (Ya)
If "NO", please state date on which your service terminated Jika "TIDAK", berikan tanggal terakhir perawatan anda		<input type="checkbox"/> No (Tidak)
		Date 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 Dari	To Sampai	(Both dates inclusive) (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 Dari	To Sampai	(Both dates inclusive) (Kedua tanggal tsb termasuk)
If uncertain, please estimate Jika tidak pasti berikan perkiraan		
Totally unfit to date Total tidak bisa tanggal		Partially unfit to date Parsial tidak bisa tanggal
l) Is there a prior history of same or similar condition? Apakah pasien pernah mengalami kondisi seperti ini sebelumnya		<input type="checkbox"/> Yes (Ya)
If "YES", please state details Jika "YA", berikan keterangan		<input type="checkbox"/> No (Tidak)

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