

**FORMULIR KLAIM ASURANSI KECELAKAAN DIRI**  
*Personal Accident Insurance Claim Form*

**\*\*Berilah jawaban yang benar atas tiap-tiap pernyataan. Tanda-tanda baca saja tidak mencukupi.**  
*Please give correct and full answers to every question. Punctuation only is not sufficient.*

Formulir ini dikeluarkan tanpa pengakuan tanggung jawab apapun, dan harus lengkap dan dikembalikan kepada kami dalam waktu 14 (empat belas) hari setelah tanggal kecelakaan.  
*This form was issued without any declared responsibility, and to be fill completely and return to our company within 14 (fourteen) days after the date of accident.*

Tuntutan Saudara tidak akan diterima kecuali Surat Keterangan Medis dan surat pada halaman berikutnya dilengkapi atas biaya/beban penuntut.  
*Your claim will not be acceptable unless the Medical Information Summary on the opposite page has been filled completely on claimant's own expenses, and with the supporting document enclosed.*

Pemegang Polis :  
*Policy Holder*

- |  |                           |
|--|---------------------------|
| 1. Nama Lengkap .....                        | Umur : .....              |
| <i>Full Name</i>                             | <i>Age</i>                |
| 2. Pekerjaan (beri keterangan lengkap) ..... | Polis No. ....            |
| <i>Occupation (please give full detail)</i>  | <i>Policy No.</i>         |
|  | Tgl berakhir : .....      |
|  | <i>End of Period date</i> |
| 3. Alamat Pribadi .....                      | Telp. & HP No : .....     |
| <i>Home Address</i>                          | <i>Phone &amp; HP No</i>  |
| 4. Alamat Kantor .....                       | Telp. & HP No : .....     |
| <i>Office Address</i>                        | <i>Phone. No.</i>         |

Kecelakaan :  
*Circumstances*

- Tanggal dan jam kecelakaan : Tgl ..... Bulan ..... Tahun ..... Jam .....
- Tempat Kecelakaan .....
- Terangkan dengan sebenarnya bagaimana kecelakaan tersebut terjadi .....
- Sifat dan macam luka-luka yang diderita akibat kecelakaan tersebut .....
- Nama dan alamat saksi-saksi (jika ada) .....

Keterangan Lain-lain :  
*Additional informations*

- Nama dan alamat dokter yang sedang atau telah merawat Saudara karena luka tersebut .....
- Apakah dokter tersebut langganan Saudara ? .....
- Pernahkah dokter tersebut atau dokter lain sebelumnya merawat penyakit atau luka lain yang saudara derita ? Mohon jelaskan. ....
- Apabila Saudara mengharapkan pembayaran segera, berapakah jumlah yang saudara tuntut ? .....

Dengan ini saya menyatakan bahwa luka-luka tersebut diatas saya derita sebagai akibat dari kekerasan kecelakaan yang datang dari luar dan dapat dilihat, dan oleh karena itu saya mengajukan tuntutan ganti rugi ini. Selanjutnya saya menyatakan bahwa keterangan-keterangan tersebut diatas adalah benar dan tidak ada keterangan-keterangan yang tidak benar yang saya berikan pada PT. Asuransi Sinar Mas.  
*Herewith we stated that the above mentioned injuries is due to the accident and originated from external force, adn visible, therefore we submitted this claim. We declared also that the above given informations are true, and no incorrec information has been presented PT. Asuransi Sinar Mas.*

.....  
Tandatangan Penuntut  
*Claimant Signature*

**SURAT KETERANGAN MEDIS**

(Untuk diisi, ditandatangani dan dicap oleh dokter/ahli bedah yang bersangkutan)

**Medical information Summary**

*(To be fill, sign and stamped by related doctor/surgeon)*

Saya menerangkan dengan sesungguhnya bahwa saya telah memeriksa penyakit/luka yang diderita oleh paasien tersebut dibawah ini :  
*I do certify that I personally had examined the sickness /injury sustained by patient mention below:*

1. Nama Pasien : ..... Nomor Rekam Medik : ..... KTP/SIM No. ....  
*Patient's Name Medical Record Number Passport / Identify Card No*
2. Tanggal Mulai Dirawat / *Admission Date* : ..... Tanggal Pasien Keluar Perawatan / *Discharge Date* : .....
3. Keluhan dan Gejala Utama: *Primary Symptoms and Signs* : .....
4. Keluhan dan Gejala Tambahan / *Other Symptoms and Signs* : .....
5. Sejak kapan keluhan dan gejala tersebut dirasakan oleh pasien ? / *Since when the symptoms and signs suffered by the patient ?* .....
6. Indikasi dilakukan Rawat Inap / *Indication for Hospitalization* : .....
7. Tujuan dilakukan Rawat Inap / *Purpose of Hospitalization* :  
 Observasi / *Observation*                       Diagnostik / *Diagnostic*                       Terapi / *Therapeutic*
8. Pemeriksaan Fisik / *Physical Examination* : .....
9. Diagnosa / *Diagnose* : ..... Kode ICD X / *ICD X Code* : .....
10. Terapi / *Therapy* : .....
11. Apakah pasien pernah mendapatkan perawatan sebelumnya untuk keadaan / penyakit ini ? Mohon dijelaskan :  
*Have the patient ever been treated for this symptoms ? Please explain :* .....
12. Bila merupakan pasien rujukan, mohon informasikan nama, alamat dan nomor telepon Dokter dan/atau instansi kesehatan yang merujuk :  
*If referred patient, please state the name, address and telephone number of the Referring Physician and/or health institution :* .....
13. Apakah perlu atau mungkin perlu dilakukan pembedahan ? Jika ya, jelaskan tindakan atau operasi selama perawatan !  
*Is it necessary or probably necessary to conduct a surgery? If yes, please explain procedures or surgical during treatment !* .....
14. Alasan memilih Jenis Tindakan atau pembedahan diatas / *Reason to choose the above Procedures or Surgery* : .....
15. Apakah Penyakit / kondisi di atas disebabkan dengan atau berhubungan dengan :  
*Is the above sickness / conditions caused by or related to :*  
 Kelainan Bawaan / *Kongenital Disorder*                       Ketidaksuburan / *Infertility*  
 Kelainan Mental / *Mental Disorder*                       Gangguan Hormonal / *Hormonal imbalance*  
 Kecelakaan / *Accident*                       Kosmetic atau Esterika / *Cosmetic or Aesthetic*  
 Kehamilan / *Pregnancy*, Tanggal HPHT / *The first date of last period* : .....

- Apabila penyakit / kondisi pasien di atas TIDAK disebabkan oleh atau behubungan dengan kecelakaan, mohon dapat langsung melanjutkan ke pertanyaan nomor 25 pada halaman berikutnya.  
*If the patient's illness / condition is not caused by or related to accident, please proceed directly to question number 25 on the opposite page.*
- Apabila penyakit / kondisi pasien di atas disebabkan dengan atau behubungan dengan kecelakaan wajib untuk mengisi pertanyaan pada halaman berikutnya:  
*If the patient's illness / condition is caused by or related to accident, please fill the question's on the opposite page :*

\*\*\* Diisi apabila diagnosa disebabkan oleh kecelakaan / To be fill, if the diagnosis caused by accident :

16. Tanggal terjadinya kecelakaan / Accident date : .....
17. Sifat dan macamnya luka / Nature and type (detail) of injuries : .....
18. a. Terangkan selengkapnya sebab dari kecelakaan tersebut  
Please explain in full detail the cause of accident .....
- b. Apakah wujud luka tersebut berhubungan dengan kecelakaan itu ?  
Is the injury suffered related to the said accident ? .....
19. Apakah terdapat hubungan antara ketidakmampuan/cacat yang sekarang ini dengan sesuatu penyakit atau kecelakaan sebelumnya? Jika ya, harap dijelaskan !  
Is there any relation between current dismemberment/permanent disability with any previous illness or accident? If yes, please explain! .....
20. Tanpa mengindahkan luka tersebut harap saudara/i terangkan apakah pasien saudara/i pada saat ini atau pada saat terjadinya kecelakaan menderita suatu penyakit? Apabila demikian, harap sebutkan :  
Regardless the injuries, please explain wether your patient currently, or in the occurence of the accident, suffering any illness? If yes, please explain :  
a. Sifat penyakit tersebut :  
Nature of illness .....
- b. Lamanya penyakit tersebut mungkin diderita :  
How long the patient probably had suffered the illness : .....
- c. Besarnya pengaruh penyakit tersebut atas kesembuhan pasien dari lukanya :  
The effect of the illness to the patient's recovery from his/her injury : .....
21. Setelah kecelakaan tersebut diatas terjadi, kapan saudara pertama kali memeriksa pasien tersebut ?  
After the accident occurred, when did you first examined the patient ? .....
- Tanggal/ Date : ..... Bulan / Month : ..... Tahun / Year : .....
22. Apakah perlu dilakukan amputasi? Jika ya, jelaskan anggota badan yang mana dan batas amputasi tersebut harus dilakukan:  
Is it necessary to conduct amputation? If yes, please explain the part of the body that the amputation should be done: .....
23. Apakah akibat kecelakaan tersebut penderita kehilangan penglihatan? Jika ya, jelaskan apakah untuk sementara atau selamanya?  
Is the patient suffered blindness from the accident? If yes, please explain is it temporary or permanent? .....
24. a. Apakah akibat kecelakaan tersebut penderita mengalami kelumpuhan? Jika ya, jelaskan anggota badan mana yang mengalami kelumpuhan tersebut:  
Is the patient suffered paralysis/disability? If yes, please explain the part of the body which suffered paralysis/disability: .....
- b. Apakah kelumpuhan tersebut bersifat sementara/ dapat disembuhkan? Jika ya, harap dijelaskan berapa lama waktu yang diperlukan untuk penyembuhan tersebut:  
Is it a temporary disability? If yes, please explain the time needed for recovery: .....
- c. Sehubungan dengan poin b diatas harap diberikan penjelasan singkat mengenai terapi penyembuhannya:  
Regarding to point b, please give brief explanation about the recovery therapy .....
25. Prognosis / Prognose : .....
26. Pasien pulang dalam keadaan / Patient's condition when discharged :  
 Sembuh/ Recover       Meninggal / Death       Lainnya / Other : .....
27. Apabila penderita meninggal dunia, jelaskan sebab-sebab kematiannya berdasarkan hasil pemeriksaan saudara:  
If the patient deceased, please explain the cause of death based on your examination: .....

Tempat dan Tanggal :  
Place and Date : .....

Tandatangan dan Stempel Dokter :  
Doctor's Stamp and Signature : .....

Keahlian/ spesialis :  
Specialist of : .....

Alamat dokter :  
Doctor's Address : .....