

t 62 21 5200177
f 62 21 5200175
w www.fpgins.com

FORMULIR KLAIM KECELAKAAN
ACCIDENT CLAIM FORM

No. Polis / Policy No Nama yang mengajukan Klaim / Name of Claimant Kelamin / Sex Umur / Age

Alamat / Address Telpon / Telephone

Pekerjaan sekarang / Present occupation Nama & alamat majikan / Name & address of employer

Tanggal kecelakaan / Date of accident Waktu kecelakaan / Time of accident Pagi / A M Sore / P M Tempat kecelakaan / Place of accident

Terangkan terjadinya kecelakaan secara terperinci / Describe accident in detail

Apakah anda menutup asuransi lain atau klaim kompensasi sebagai akibat kecelakaan ini / Are you making any other insurance or compensation claim as a result of this accident Tidak / No Ya / Yes Nama perusahaan / Name of company

Jelaskan luka-lukanya / Describe injury

Dokter yang memeriksa / Attending doctor Alamat dokter / Doctor's address

Jika dirawat di rumah sakit, sebutkan nama dan alamat rumah sakit tersebut / If hospitalised, give name and address of hospital

Tidak dapat bekerja sama sekali / Totally and absolutely disabled Dirawat dirumah sakit / Confined to hospital Dirawat dirumah / Confined to house
Dari / From Sampai / To Dari / From Sampai / To Dari / From Sampai / To

Tanggal berapakah anda bekerja kembali? / What date did you return to work? Apabila anda tidak kembali bekerja, berikanlah perkiraan hari kembali. / If you have not returned to work, give expected day of return.

Tanggal / Date KUITANSI TERPERINCI DARI BIAYA PENGELUARAN MEDIS UNTUK KLAIM INI HARUS DISERTAKAN DAN TIDAK DAPAT DIKEMBALIKAN / ITEMIZED BILLS COVERING MEDICAL EXPENSES FOR WHICH IS MADE MUST BE ATTACHED NON-RETURNABLE Tanda tangan yang mengajukan klaim / Claimant's signature

PENTING : Untuk menghindari keterlambatan, silahkan menandatangani surat kuasa dibawah ini.
IMPORTANT : To avoid delay, please sign authorization at bottom of report.

SURAT KUASA
AUTHORIZATION

Dengan ini saya memberikan kuasa kepada rumah sakit, dokter atau orang lain yang memeriksa atau mengobati saya untuk melengkapi keterangan yang diperlukan perusahaan atau perwakilannya, seluruh keterangan yang bersangkutan dengan suatu penyakit atau kecelakaan, konsultasi, pemberian resep atau pengobatan, dan salinan dari seluruh dokumen rumah sakit. Foto copy dari surat kuasa ini akan diperlukan sesuai dengan aslinya.
I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, to furnish to the Company, or its authorized representative any and all information with respect to any illness or injury, consultation, prescriptions or treatment, and copies of all hospital or media record. A photo static copy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.

Tanggal / Date

Tanda tangan yang mengajukan klaim / Claimant signature

PERNYATAAN DOKTER PEMERIKSA KECELAKAAN
ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT OF ACCIDENT

Nama Pasien
Name of Patient

Kelamin
Sex

Umur
Age

KLAIM KECELAKAAN
ACCIDENT CLAIM

Tanggal Kecelakaan
Date of accident

Konsultasi pertama pada anda?

When did patient first consult you for this condition?

Macam luka kecelakaan
Nature of injury

Jika patah tulang/terkilir nyatakan sempurna/tidak
If fracture or dislocation, state whether complete or incomplete

Sempurna
Complete

Tidak
Incomplete

Jika patah tulang panjang nyatakan melalui
tulang pipa/tulang pendek
If fracture of long bones, state whether fracture
is through shaft or extremity

Tulang Pipa
Shaft

Tulang Pendek
Extremity

Pemeriksaan sinar X?
Was it confirmed by x-ray?

Ya
Yes

No
Tidak

Tanggal
Date

Penjelasan penyakit / penyebab lain yang mempengaruhi keadaan sekarang:
Describe any other disease or infirmity affecting present condition:

Jika operasi, terangkan lengkap:

If surgical operation performed, describe fully:

Tanggal dan macam pengobatan

Give date of treatment and type of treatment rendered

Tempat praktik
Practice place

Rumah sakit
Hospital

Apakah pasien masih dalam perawatan anda?
If patient still under your care for this condition?

Ya
Yes

Tidak
No

Tanggal selesai perawatan
If discharge, give date

Nama & alamat, jika dirawat di rumah sakit

If patient hospitalised, give name and address of hospital

Tanggal masuk

Date admitted

Tanggal keluar
Date discharged

Apakah penderita mengalami ketidakmampuan terbatas karena kecelakaan ini
Does the patient sustain Partial Disability due to this accident

Ya
Yes

Tidak
No

Apakah penderita mengalami ketidakmampuan Total dan harus berbaring dirumah karena kecelakaan ini
Does the patient sustain Total Disability and lay in bed at home due to this accident

Ya
Yes

Tidak
No

Nama dan alamat Rumah Sakit
Name and address of hospital

Tanggal
Date

Tanda tangan Dokter pemeriksa
Attending physician signature