



**FORMULIR KLAIM ASURANSI KECELAKAAN DIRI, MENINGGAL DAN CACAT TETAP
PERSONAL ACCIDENT, DEATH AND PERMANENT DISABLEMENT CLAIM FORM**

CARA MENGAJUKAN KLAIM / How to Submit a Claim

- Formulir klaim ini diisi oleh Karyawan / Tertanggung dan Dokter / Spesialis dengan menjawab semua pertanyaan dibawah ini tanpaterkecuali, harus benar dan lengkap, harus benar dan lengkap.
This claim form is to be completed by the insured employee / member and the Attending Physician / Specialist. The questions below shall be answered truthfully and completely, without any exceptions.
- Lampirkan masing-masing satu lembar fotocopy polis-polis yang saudara miliki. Enclose one copy of your policy.
- Hasil pemeriksaan yang diisi dan ditandatangani oleh dokter yang memeriksa dan cap rumah sakit saudara dirawat, sertakan juga kwitansi aslinya dan lampiran kopi resep, pemeriksaan laboratorium, dan pengeluaran lain-lain yang terperinci untuk klaim ini harus dilampirkan.
Submit the result of examination, completed and signed by the examining physician, bearing the seal of the hospital where you were treated; enclosed by original receipt there of and original itemized bills and receipts for the claimed expenses.
- Kembalikan dokumen ke PT. China Insurance Indonesia selambat-lambatnya 30 hari setelah keluar dari Rumah Sakit
Return to PT. China Insurance Indonesia at least 30 days subsequent to discharge from hospital

No. Polis
Policy No.

Nama Pemegang Policy
Policyholder Name

Nama Pasien
Name of Patient

Pekerjaan
Occupation

Alamat Kantor
Office Address No. Telepon Kantor
Office Phone No.

Alamat Rumah
Home Address No. Telepon Pasien
Home Phone No.

1. Tuliskan tanggal dan waktu terjadinya kecelakaan
Insert date and time of accident

2. Sebutkan tempat terjadinya kecelakaan
State the place where accident occurred

3. Jelaskan dengan sebenarnya, bagaimana kecelakaan tersebut terjadi
Explain as correctly as possible how the said accident occurred

4. Sebutkan letak dan jenis luka-luka yang terjadi akibat kecelakaan tersebut
State diagnose and location of injuries sustained as the result of the said accident

5. Sebutkan tingkat cacat tetap yang saudara derita akibat kecelakaan tersebut
State level of permanent disablement that you suffer as result accident mentioned

6. Apakah saudara pernah menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit akibat kecelakaan ini? Bila "Ya" berapa lama dan di Rumah Sakit mana ?
Have you on any occasion also undergone overnight care for this condition? If "yes" how long and in which hospital ?

7. Sebutkan Polis apa saja yang Saudara miliki
Please state any other Policy you hold

8. Nama dan alamat saksi (bila ada)
Name and address of witnesses, if any

Dengan ini saya menyatakan bahwa semua keterangan yang saya berikan diatas adalah benar. Saya setuju bahwa bila keterangan yang saya berikan tidak benar, PT. China Insurance Indonesia tidak berkewajiban untuk mempertimbangkan klaim saya.
I hereby declare that all above statements and information are true. I agree that any false, incorrect or misleading statements and information may release PT. China Insurance Indonesia from any liability to pay my claims.

Transfer Bank / Bank Transfer : _____
Nama Bank / Name of Bank : _____
Cabang / Branch _____
A/C. No. _____
Atas nama / On behalf of : _____

Tanqqal / Date _____

Tanda tangan tertanggung
Signature of the Insured