

PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM FORMULIR KLAIM KECELAKAAN DIRI

Please fill in with print letters and return to the address below.

Mohon lengkapi dengan huruf cetak dan kembalikan ke alamat yang ada dibawah ini.

HOW TO CLAIM / CARA MENGAJUKAN KLAIM

- Ensure that the Attending Physician completes to **Section E** of this form
Harap dokter yang merawat melengkapi **Bagian E** dari formulir ini
- Send this form together with Police Report for Traffic Accident, Company Statement for working accident, ID card, Family card, Visum et Repertum. original doctor/hospital receipts & prescription for medical expenses due to accident, etc.
Kirimkan kembali formulir bersama : Surat Laporan Polisi, Surat Keterangan Perusahaan, fotokopi KTP dan KK, Visum et Repertum. Asli kwitansi dokter/rumah sakit dan resep obat, dll
- If partial disability claim, please also complete the attached disability chart acknowledge and signed by the attending physician.
Untuk klaim cacat sebagian, harap dokter yang merawat melengkapi formulir daftar cacat terlampir yang ditandatangani oleh dokter yang merawat.

SECTION A

PERSONAL DATA / DATA PRIBADI

Name :	Policy No. :	
Nama	No. Polis	
Address :	Phone No. :	Home
Alamat	No. Telp.	Rumah
.....	Office
.....	Kantor
.....	Handphone
.....	Fax
Company Name :	If insured by the company	
Nama Perusahaan	Jika diasuransikan oleh perusahaan	

SECTION B

ACCIDENT DETAILS / KETERANGAN KECELAKAAN

Please tick (✓) the application type of accident below

Beri tanda (✓) untuk jenis kecelakaan berikut ini

1. Type of Accident / Jenis Kecelakaan

Traffic Accident
Kecelakaan Lalu Lintas

Working Accident
Kecelakaan Kerja

Other Accident
Kecelakaan Lainnya



ACE Jaya Proteksi

PT ACE Jaya Proteksi

Jl. Mangga Dua Raya, Komplek Grand Boutique Centre
Blok E No. 2-4 Jakarta 14430, Indonesia
Tel: +62-21 6230 9433. Fax: +62-21 612 6641/42/43/45
Hotline: 1500 257 (Awali dengan kode area setempat jika
menelpon dari ponsel GSM)
www.acejayaproteksi.co.id

2. Place of Accident / Tempat Kecelakaan

.....
.....

3. Date & Time of Accident / Tanggal & Waktu Kecelakaan

DD **MM** **YY** **Time**
Tanggal *Bulan* *Tahun* *Jam*

4. Details of Accident / Berita Acara Kecelakaan

.....
.....
.....
.....

SECTION C

TYPE OF CLAIM / JENIS KLAIM

Please tick (✓) the application type of accident below

Beri tanda (✓) untuk jenis kecelakaan berikut ini

Medical Benefit
Santunan Medis

Accidental Death
Meninggal Karena Kecelakaan

Permanent Disability
Cacat Total Tetap

Partial Disability
Cacat Total Sebagian

Weekly Benefit
Santunan Mingguan

1. Please state nature of injury that causes death

Jelaskan sifat luka yang menyebabkan kematian

.....
.....
.....

2. If you suffer from disability please fill in below

Jika mengalami ketidakmampuan, harap lengkapi pernyataan berikut ini

Nature of disability / Jenis Ketidakmampuan/Cacat

.....

Unable to attend work from: **DD** ____ **MM** ____ **YY** **to** **DD** ____ **MM** ____ **YY**
Tidak dapat masuk kerja sejak: Tanggal Bulan Tahun s/d Tanggal Bulan Tahun

For the purpose of this claim please attached your absence report 1 month before and after the accident
Untuk klaim ini mohon sertakan daftar absensi selama 1 bulan sebelum dan sesudah kecelakaan



insured.®

SECTION D

DECLARATION AND AUTHORIZATION LETTER / DEKLARASI & SURAT KUASA

1. I HEREBY DECLARE that I have received the injuries above described by violent, accidental, external and visible means, and I claim compensation under the above Policy in respect there of. I hereby warrant that the above statements and facts are true and that I have not withheld from the Company any material information in connection with this claim.

DENGAN INI SAYA MENYATAKAN bahwa luka-luka tersebut di atas 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 mengajukan bahwa keterangan-keterangan tersebut di atas adalah benar dan tidak ada keterangan-keterangan yang tidak benar yang saya berikan pada Perusahaan Asuransi

2. I HEREBY AUTHORIZE any Doctor (s) who has ever medically attended me, or any Hospital/Clinics, Companies, and other Organizations, Institution and Individual to disclose any or all relevant knowledge or information pertaining to my condition which acquired by PT ACE Jaya Proteksi of their Authorized Representative.

DENGAN INI SAYA MEMBERI KUASA, kepada setiap Dokter, Rumah Sakit/Klinik, Perusahaan dan Organisasi lain. Institusi ataupun perorangan yang mengetahui keadaan atau kesehatan saya untuk mengungkapkan setiap dan semua informasi kepada PT. ACE Jaya Proteksi atau mereka yang mewakilinya

3. I HEREBY AUTHORIZE PT ACE Jaya Proteksi or its Authorised Representative to collect and record any personal data of the policyholder and claimant(s), and disclose such personal data to appropriate third parties in or outside the Republic of Indonesia, including its service providers to deliver services or carry out certain business activities on its behalf and to other ACE companies. Furthermore, I hereby consent to PT ACE Jaya Proteksi recording, using and disclosing such personal data in this way.

DENGAN INI SAYA MEMBERI KUASA kepada PT ACE Jaya Proteksi untuk mengumpulkan dan menyimpan setiap data pribadi pemegang polis dan orang yang mengajukan klaim, dan untuk mengungkapkan data pribadi tersebut kepada pihak ketiga yang layak baik di dalam maupun di luar wilayah Republik Indonesia, termasuk pada para penyedia jasanya untuk melaksanakan pelayanan atau kegiatan usaha tertentu atas nama PT ACE Jaya Proteksi dan kepada perusahaan lain dalam kelompok usaha ACE. Selanjutnya, Saya setuju bahwa ACE dapat menyimpan, menggunakan dan mengungkapkan data pribadi tersebut dengan cara yang demikian.

Date/Tgl. _____ Claimant Signature/Tanda Tangan Bertanggung _____

SECTION E

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT / SURAT KETERANGAN DOKTER

1. Please state nature of injury that causes death

Uraikan secara singkat sifat luka yang diderita

.....
.....

2. A. Please state as fully as possible the cause of the injuries

Terangkan selengkap-lengkapnya sebab dari luka yang diderita:

.....
.....

B. Is the appearance of the injury consistent therewith?

Apakah wujud luka tersebut berhubungan dengan kecelakaan tersebut?

.....
.....



insured.®

3. Such injuries mentioned above resulting to the following condition:

Luka-luka tersebut diatas mengakibatkan Pasien mengalami:

- Death / Meninggal Dunia**
- Total Disability / Cacat Total Tetap Permanent**
- Partial Disability (please continue with the overleaf Disability Chart)**
Cacat Sebagian (mohon dilanjutkan dengan melengkapi Dattar Cacat Tubuh dibalik lembar ini)

4. Is there any connection between the present disablement and any disease or previous accident?

If so, please give details

Apakah terdapat hubungan antara ketidakmampuan yang sekarang ini dengan sesuatu penyakit atau kecelakaan sebelumnya? Apabila Ya, harap dijelaskan

.....
.....

5. Is the patient now, or was he/she at the time of the Accident, subject to or suffering from any illness or disease irrespective of the injury?

Tanpa mengindahkan luka tersebut harap Saudara terangkan apakah pasien pada saat ini atau pada saat terjadinya kecelakaan, menderita suatu penyakit?

Yes No

If Yes, please state:

a) Nature of the illness / Sifat penyakit

b) The probable duration thereof / Lamanya penyakit itu mungkin diderita

c) The extent to which it has affected the patient's recovery

Besarnya pengaruh penyakit itu atas kesembuhan pasien dari lukanya

6. Has the patients been confined to the house by your instruction?

Yes **No**
Ya Tidak

Apakah pasien menjalani rawat jalan dirumah atas petunjuk Saudara?

if yes, please state inclusive dates:

Jika Ya, jelaskan

DD _____ **MM** _____ **YY** _____ **to** **DD** _____ **MM** _____ **YY** _____
tgl bln th s/d tgl bln th |

7. When did you first see and examine Patient after the Accident **DD** _____ **MM** _____ **YY** _____

Kapan Saudara pertama kali memeriksa pasien setelah kecelakaan? tgl bln th

8. If Patient is suffered from a disability, please indicate how many percent the degree of disability _____ %

Apabila Pasien mengalami cacat tetapi tidak mengakibatkan kehilangan anggota tubuh, berapa persen berkurangnya cacat tersebut.

.....
.....
.....

Continue at the overleaf

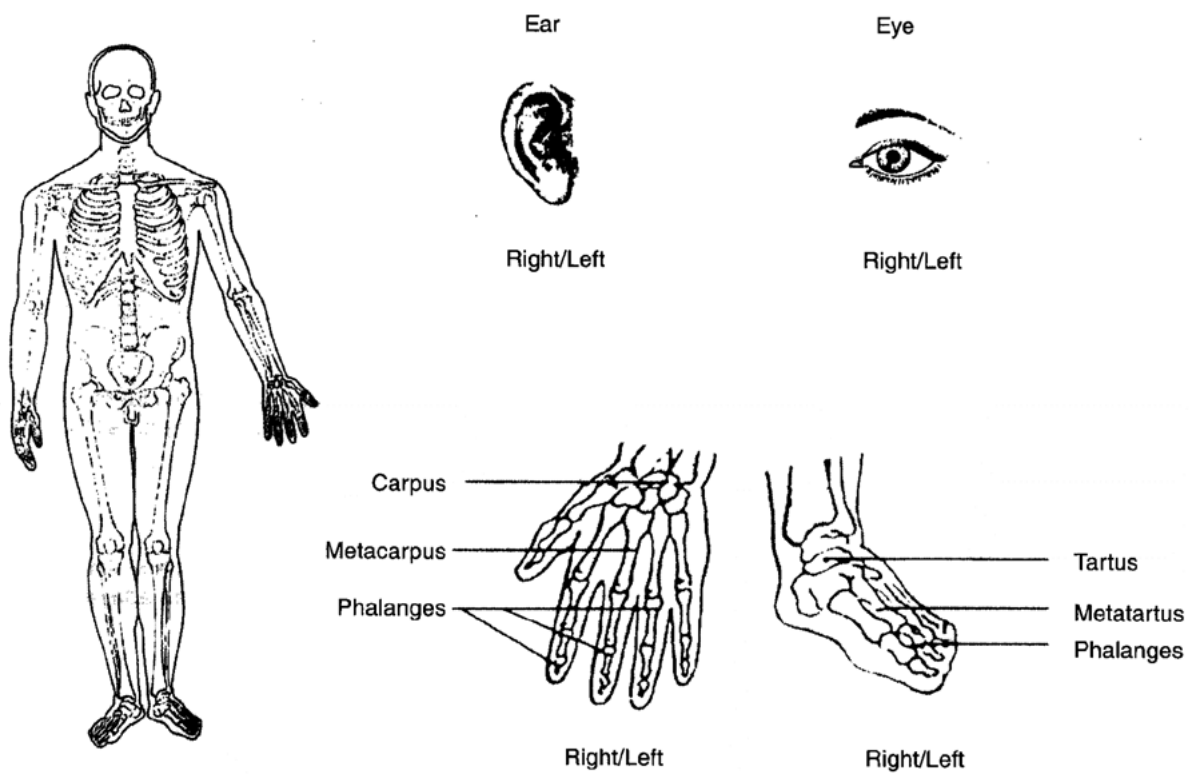
Dilanjutkan dibalik formulir ini



insured.®

9. If Patient is suffered from dismemberment due to loss of any part of the body, please explain and indicate on the Dismemberment Chart below

Jika Pasien mengalami kehilangan anggota badan, jelaskan dan tunjukkan pada gambar



I HEREWITH DECLARE that the above information is prepared in accordance with my medical oath

Demikian keterangan diatas dibuat dengan sebenarnya sesuai dengan sumpah jabatan.

.....
Date / Tanggal

.....
Signature & Stamp / Tanda Tangan & Cap

.....
Address / Alamat

.....
Qualification / Keahlian



insured.[®]

SECTION F
METHOD OF CLAIM PAYMENT / CARA PEMBAYARAN KLAIM

Claimant's Name / Nama Pemohon Klaim : _____
Policy No. / No. Polis : _____

Bank Transfer Information / Informasi Bank

Name of Bank-Branch / Nama Bank-Cabang : _____
Account No. / No. Rekening : _____
Care of / Atas Nama : _____

Claimant's Signature/Policyholder
Tanda Tangan Pemohon/Pemegang Polis

Cara Mengajukan Klaim dengan Benar

1. Pastikan perlindungan atas diri Anda dan Keluarga Anda dalam keadaan aktif.
2. Ikuti petunjuk klaim sebagaimana tertera dalam Polis Anda.
3. Ajukan pemberitahuan tertulis kepada PT ACE Jaya Proteksi
4. Perhatikan batas waktu yang telah ditentukan sejak kejadian/peristiwa yang menyebabkan terjadinya klaim tersebut. Mintakan Formulir Klaim yang sesuai apabila Anda belum memilikinya.
5. Isi Formulir Klaim dengan seksama, Jawab semua pertanyaan yang ada, Sertakan dokumen yang menunjang Mintalah dokter yang merawat anda untuk melengkapi Bagian E dari formulir klaim.
6. Pembayaran santunan atas klaim yang berlaku akan dilakukan paling sedikitnya 10 hari kerja setelah dokumen Anda yang lengkap diproses. Andapun tidak perlu repot untuk datang mengambil uang santunan yang menjadi hak Anda. Sertakan informasi lengkap mengenai nama bank dan nomor rekening Anda. Bagian Klaim ACE Jaya Proteksi akan langsung mentransfer santunan Anda.

INGAT !
Kelengkapan dokumen yang menunjang
akan mempercepat proses klaim Anda !



insured.[®]

PT ACE Jaya Proteksi terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.

© 2015 ACE Group. Coverages underwritten by one or more companies of the ACE Group. Not all coverages available in all jurisdictions. ACE®, ACE logo®, and ACE insured are trademarks of ACE Limited.

FK KD - 03/15