

**FORMULIR KLAIM ASURANSI KECELAKAAN DIRI  
PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM**

**INFORMASI UMUM**  
**GENERAL INFORMATION**

No. Polis  
Policy No. :

Nama Tertanggung  
The Insured :

Nama Peserta  
Participant Name :

Tempat & Tanggal Lahir Peserta  
Place & Birthday of Participant :

Alamat Peserta  
Participant Address :

Nama Ahli Waris  
Beneficiaries :

1) Suami/Istri :  
Spouse :  
Alamat Korespondensi :  
Correspondence Address :  
No. Telepon :  
Phone No. :

2) Anak Kandung :  
Birth Child :  
Alamat Korespondensi :  
Correspondence Address :  
No. Telepon :  
Phone No. :

3) Orang tua Kandung :  
Origin Parents :  
Alamat Korespondensi :  
Correspondence Address :  
No. Telepon :  
Phone No. :

Waktu Kecelakaan  
Time of Accident :

Tempat Kecelakaan  
Place of Accident :

Penyebab Kecelakaan  
Cause of Accident :

Akibat dari Kecelakaan  
Consequence of the Accident :  **Kematian**  
*(mohon pilih salah satu)* **Death**  
Tempat Kematian :  **Tempat Kejadian**  
Place of Death **Place of Accident**

**Rumah Sakit** : .....

**Hospital**

**Rumah Tinggal**  
**Home**

**Tempat Lainnya** : .....

**Other Place**

*AG Insurance/Claims/PA Form*

Waktu Kematian :  
Time of Death  
Penyebab Kematian :  
Cause of Death

**Cacat Tetap**  
**Permanent Disablement**  
Bagian Tubuh yang mana :  
Which Part of Body

**Biaya Pengobatan**  
**Medical Expenses**  
Bagian Tubuh yang mana :  
Which Part of Body

**PERTANYAAN-PERTANYAAN**  
**QUESTIONAIRES**

1) Apakah peserta memiliki Polis Asuransi Jiwa atau Polis Asuransi Kecelakaan yang lain? Jika ada, agar disebutkan?  
Does the participant has another Life Insurance Policy or Personal Accident Policy? If yes, please state?  
.....  
.....

2) Apakah peserta memiliki Cacat Tetap sebelum diasuransikan? Jika ada, bagian tubuh yang mana?  
Does the participant had carried Permanent Disablement before Insured? If yes, which part of body?  
.....  
.....

3) Apakah peserta memiliki penyakit jantung? Jika ada, sejak kapan?  
Does the participant had a heart disease? If yes, since when?  
.....  
.....

**DOKUMEN-DOKUMEN YANG DIBUTUHKAN**  
**DOCUMENTS REQUIREMENT**

*(Jika diperlukan, Penanggung masih memiliki hak untuk meminta dokumen-dokumen tambahan lainnya di luar formulir ini)*  
*(If required, the Insurer still have right to ask any additional documents outside this form)*

**DOKUMEN-DOKUMEN UMUM**  
**GENERAL DOCUMENTS**

- 1) Fotocopy bukti pembayaran premi asuransi  
Copy of insurance premium payment evidence
- 2) Kronologi kecelakaan  
Chronology of the accident
- 3) Fotocopy KTP / Paspor Peserta  
Copy of Participant ID Card / Passport
- 4) Fotocopy Kartu Keluarga  
Copy of Residential Card
- 5) Fotocopy SIM yang masih berlaku (jika peserta bertindak sebagai pengemudi pada saat kecelakaan)  
Copy of valid Driving Licensed (if the participant act as driver during the accident)
- 6) Fotocopy Laporan dari Kepolisian setempat (jika diperlukan, tergantung dari jenis kecelakaan)  
Copy of Local Police Report (if necessary, depend on type of the accident)
- 7) Surat Tuntutan Klaim asli dari Ahli Waris yang sah  
Original Claim Letter from Legal Beneficiary
- 8) Surat Kuasa asli dari Ahli Waris yang sah (jika yang mengajukan klaim bukan ahli waris yang sah)  
Original Authorized Letter from Legal Beneficiary (if the claimant is not a legal beneficiary)
- 9) Legalisir Surat Keterangan Pengadilan (jika Ahli Waris tidak sesuai ketentuan hukum yang berlaku)  
Legalize Official Court Letter (if the Beneficiary is not comply with legal law)

**DOKUMEN-DOKUMEN KHUSUS**

**SPECIAL DOCUMENTS**

**A. KEMATIAN**

**DEATH**

- 1) Fotocopy Akte Kelahiran Peserta  
Copy of Participant's Birth Certificate
- 2) Legalisir Surat Keterangan Kematian dari pemerintah setempat yang berwenang  
Legalize Death Official Letter from local authorized authority
- 3) Legalisir Surat Keterangan Kematian dari Dokter yang memeriksa peserta  
Legalize Death Official Letter from Doctor who examine the participant
- 4) Legalisir Surat Keterangan Kematian dari Rumah Sakit (jika peserta meninggal dunia di Rumah Sakit)  
Legalize Death Official Letter from Hospital (if the participant death in the Hospital)
- 5) Legalisir Surat Keterangan Penguburan dari pemerintah setempat yang berwenang (jika peserta dikubur)  
Legalize Burial Official Letter from local authorized authority (if the participant is buried)
- 6) Legalisir Akte Kematian dari pemerintah setempat yang berwenang  
Legalize Death Certificate from local authorized authority

**B. CACAT TETAP**

**PERMANENT DISABLEMENT**

- 1) Legalisir Hasil Diagnosa dari Dokter dan/atau Rumah Sakit yang menangani peserta  
Legalize Diagnosis Result from Doctor and/or Hospital who/which is examine the participant
- 2) Fotocopy Hasil Laboratorium (jika ada)  
Copy of Laboratorium Result (if any)
- 3) Dokumen asli perincian biaya-biaya pengobatan dari Dokter dan/atau Rumah Sakit  
Original document about details of medical expenses from Doctor and/or Hospital

**C. BIAYA PENGOBATAN**

**MEDICAL EXPENSES**

- 1) Legalisir Hasil Diagnosa dari Dokter dan/atau Rumah Sakit yang menangani peserta  
Legalize Diagnosis Result from Doctor and/or Hospital who/which is examine the participant
- 2) Fotocopy Hasil Laboratorium (jika ada)  
Copy of Laboratorium Result (if any)
- 3) Dokumen asli perincian biaya-biaya pengobatan dari Dokter dan/atau Rumah Sakit  
Original document about details of medical expenses from Doctor and/or Hospital

Saya / Kami menyatakan bahwa semua pernyataan dan/atau keterangan yang ada pada formulir ini adalah benar. Jika ada pernyataan dan/atau keterangan yang tidak benar pada formulir ini, maka Saya / Kami setuju bahwa PT. ARTHAGRAHA GENERAL INSURANCE tidak wajib untuk membayar dan mempertimbangkan klaim ini.

I / We hereby declare that all statements and/or information in this form are true. If there is any false, incorrect or misleading statements and/or information, then I / We agreed that PT. ARTHAGRAHA GENERAL INSURANCE is released from any liability to pay this claim(s).

Ditandatangani di / signed at : .....

Tanggal / date on : .....

Nama Jelas / Clear Name : .....

Tanda tangan yang berwenang / Authorized Signature:

(dilengkapi stempel perusahaan jika mewakili perusahaan)

(complete with company seal if act as company representative)

(.....)

**SURAT KETERANGAN DOKTER- *Attending Physician Statement***

**Sebab meninggal – *Cause of Death***

Yang bertanda tangan dibawah ini/ *The Undersign :*

Nama Dokter yang merawat/ *Name of* : \_\_\_\_\_  
**The attending Physician**

Alamat/ *Address* : \_\_\_\_\_

**Menerangkan bahwa/ *Hereby stated that***

Nama/ *Name* : \_\_\_\_\_

Jenis kelamin/ *Sex* :  Pria/ *Male*                       Wanita/ *Female*

Tanggal lahir/ *Date of birth* : \_\_\_\_\_

Alamat/ *Address* : \_\_\_\_\_

Tanggal meninggal/ *Time of death* : \_\_\_\_\_

Sebab meninggal/ *Cause of death* : \_\_\_\_\_

Kecelakaan/ *Accident* : \_\_\_\_\_  
 Jelaskan secara rinci bila ada kelainan-kelainan yang ditemukan/ *Please describe unusual findings*

Penyakit/ *Disease* : \_\_\_\_\_  
 Komplikasi dari penyakit/ *Complication of* : \_\_\_\_\_

**Riwayat sakit/ *Medical history*** :

1. Almarhum pertama kali berobat untuk penyakit/ *The deceased first time was consulted for*  
 Pada tanggal/ *On date* \_\_\_\_\_
2. Perkembangan penyakit almarhum selama berobat/ *Course of illness during treatment*  
 \_\_\_\_\_  
 Waktu sakit terakhir telah diobati/dirawat sejak/ *Last treatment/ confinement :*  
 \_\_\_\_\_ s/d to \_\_\_\_\_
3. Jenis-jenis penyakit lain yang pernah diobati selama ini, bila ada (mohon sebutkan tanggal pengobatannya)/ *Other illness has been treated (Please describe when and the diagnosis) :*  
 \_\_\_\_\_
4. Sepengatahuan TS, Dokter/Rumah sakit lain yang pernah mengobati/merawat Alm./*Other Doctor(s)/ Hospital(s) which have treated the deceased :*  
 \_\_\_\_\_
5. Hal-hal lain menurut TS yang dianggap perlu/ *Other information that can be of any help*  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Nama, tanda tangan dan stempel dokter yang merawat  
*(Name, signature, and stamp of attending Physician)*

## SURAT PENGAJUAN KLAIM

### Sebab meninggal

( diisi oleh Penerina Manfaat /Ahli Waris /Wali)

**I. Keterangan Polis :**

- a. Nomor Polis : \_\_\_\_\_
- b. Nama Pemegang Polis : \_\_\_\_\_
- c. Nama Tertanggung : \_\_\_\_\_
- d. No. KTP/SIM/Passport : \_\_\_\_\_
- e. Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_
- f. Alamat : \_\_\_\_\_

**II. Yang Mengajukan Klaim :**

- a. Nama : \_\_\_\_\_
- b. Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_
- c. Alamat : \_\_\_\_\_
- d. No.KTP/SIM/Passport : \_\_\_\_\_
- e. Hubungan dengan Tertanggung/Pemegang Polis : \_\_\_\_\_

**III. Data Meninggal Dunia :**

- a. Tanggal meninggal dunia : \_\_\_\_\_
- b. Sebab meninggal dunia : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c. Nama Dokter/Rumah sakit yang merawat : \_\_\_\_\_
- d. Alamat Dokter/Rumah Sakit : \_\_\_\_\_

**IV. Lain-lain :**

Apakah tertanggung juga mempunyai polis pada perusahaan lain?

Bila "Ya", mohon penjelasan

Nama Perusahaan Asuransi	Jumlah Uang Pertanggungan

Ditandatangani di \_\_\_\_\_ Tanggal \_\_\_\_\_

Mengetahui :

Yang mengajukan :

( \_\_\_\_\_ )  
Nama jelas

( \_\_\_\_\_ )  
Nama Jelas

## SURAT PENGAJUAN KLAIM

### **Sebab meninggal**

( diisi oleh Penerima Manfaat /Ahli Waris /Wali)

**I. Keterangan Polis :**

- a. Nomor Polis : \_\_\_\_\_
- b. Nama Pemegang Polis : \_\_\_\_\_
- c. Nama Tertanggung : \_\_\_\_\_
- d. No. KTP/SIM/Passport : \_\_\_\_\_
- e. Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_
- f. Alamat : \_\_\_\_\_

**II. Yang Mengajukan Klaim :**

- a. Nama : \_\_\_\_\_
- b. Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_
- c. Alamat : \_\_\_\_\_
- d. No.KTP/SIM/Passport : \_\_\_\_\_
- e. Hubungan dengan Tertanggung/Pemegang Polis : \_\_\_\_\_

**III. Data Meninggal Dunia :**

- a. Tanggal meninggal dunia : \_\_\_\_\_
- b. Sebab meninggal dunia : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c. Nama Dokter/Rumah Sakit yang merawat : \_\_\_\_\_
- d. Alamat Dokter/Rumah Sakit : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IV. Lain-lain :**

Apakah tertanggung juga mempunyai polis pada perusahaan lain?

Bila "Ya", mohon penjelasan

Nama Perusahaan Asuransi	Jumlah Uang Pertanggungan

Ditandatangani di \_\_\_\_\_ Tanggal \_\_\_\_\_

Mengetahui :

Yang mengajukan :

( \_\_\_\_\_ )  
Nama jelas

( \_\_\_\_\_ )  
Nama Jelas