

**FORMULIR KLAIM CACAT DIISI OLEH PEMEGANG POLIS**  
***DISMEMBERMENT / DISABILITY FORM FILLED BY THE INSURED***

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan lengkap dan jujur sehingga kami dapat memproses klaim dengan cepat. Jangan menggunakan tanda dan symbol.

*Please answer the following questions completely and honestly, so we can process the claim quickly. Please do not answer with mark or symbol.*

Agar klaim dapat diproses, sesuai dengan syarat-syarat umum seperti yang dinyatakan pada polis, diperlukan dokumen-dokumen sebagai berikut :

*In order to process the claims, in accordance with general provisions stated in the policy, the following documents should be submitted :*

1. Formulir Klaim Cacat yang diisi dengan lengkap oleh Pemegang polis  
*Claims form filled completely by the Policy holder*
2. Formulir Surat Keterangan Dokter tentang Cacat yang diisi oleh dokter yang merawat Tertanggung  
*Attending Physician's Statement form filled by the doctor who treated the Insured*
3. Berita acara dari kepolisian jika terjadi kecelakaan  
*Official report from police for accident*
4. Laporan kronologi kecelakaan  
*Accident chronology report*
5. Foto copi identitas diri dari Pemegang Polis  
*Copy identity card of the Policy Holder*
6. Fotokopi identitas diri dari Tertanggung  
*Copy identity card of the Insured*
7. Copy hasil pemeriksaan yang mendukung diagnosa  
*Copy examination results which support diagnosis*
8. *Dokumen lain ( jika diperlukan )*  
*Other document ( if needed )*

**Data Pemegang Polis**

Nama	: .....	No Polis	: .....
<i>Name</i>		<i>Policy Number</i>	
Tempat / Tanggal Lahir	: .....	No Identitas Diri	: .....
<i>Place / Date of birth</i>		<i>ID Number</i>	
Alamat	: .....	Telepon	: .....
<i>Address</i>		<i>Phone</i>	
Kota	: .....	Kode Pos	: .....
<i>City</i>		<i>Postal Code</i>	

**Data Tertanggung**

Nama	: .....	Jenis Kelamin	: <input type="checkbox"/> Laki-Laki	<input type="checkbox"/> Perempuan
<i>Name</i>		<i>Sex</i>	<i>Male</i>	<i>Female</i>
Tempat / Tanggal Lahir	: .....	No Identitas Diri	: .....	
<i>Place / Date of birth</i>		<i>ID Number</i>		

Alamat / Address : .....

Jabatan / Pekerjaan : .....

Position/Occupation

Status Pegawai :  Tetap  Paruh Waktu  Kontrak

Employee Status Full time Part time Contract

### Keterangan Tambahan

Polis Asuransi Jiwa / Kesehatan / Kecelakaan lain yang dimiliki Tertanggung :  
*Other life / health / accident insurance owned by the Insured*

No.	Nama Perusahaan <i>Company's Name</i>	No Polis <i>Policy Number</i>	Uang Pertanggungan <i>Sum Insured</i>	Jenis Asuransi (jiwa/kesehatan/kecelakaan) <i>Insurance type (life/health/accident)</i>	Mulai Asuransi <i>Commencement Date</i>

### Keterangan Mengenai Kondisi Cacat

*Information about dismemberment / disability*

1. Apakah yang menjadi penyebab cacat? Mohon dijelaskan nama penyakit atau kejadian kecelakaan  
*What is the cause of dismemberment / disability? Please explain*

Penyakit / *disease* : .....

Kecelakaan / *accident* : .....

a. Tanggal Kejadian : ..... Tempat Kejadian : .....

*Incident Date Incident Place*

- b. Jelaskan kejadian kecelakaan, dan lampirkan laporan kepolisian jika kecelakaan lalu lintas  
*Please explain ke chronology of accident, and attach the police report if traffic accident*

- c. Nama dan alamat dokter yang pertama kali merawat Tertanggung karena cacat yang diderita :  
*Name and address of physicians who first treated the insured for the above dismemberment / disability*

Nama Dokter <i>Doctor's name</i>	Alamat / Address	Tanggal kunjungan <i>Date of attendance</i>

2. Berapa lama Anda tidak bekerja karena cacat tersebut diatas ?  
*How long did you absence from work due to dismemberment / disability?*

Kapan Anda diperkirakan dapat bekerja kembali?  
*When do you expected to work again?*

3. Apakah sebelumnya Anda pernah mengalami cacat ? Mohon dijelaskan  
*Do you ever suffered from dismemberment / disability? Please explain*

4. Apakah Anda pernah mengajukan klaim yang sama ke perusahaan ssuransi lain? Mohon dijelaskan  
*Have you made any similar claim to other insurance company? Please explain*

5. Apakah Anda kidal?  Ya  Tidak  
*Are you a left handed person? Yes No*

6. Nama dan alamat dokter yang pernah dikunjungi oleh Anda selama ini  
*Name and address of physicians who ever treated you*

Nama Dokter <i>Doctor's name</i>	Alamat / Address	Tanggal kunjungan <i>Date of attendance</i>

7. Apakah ada anggota badan yang diamputasi ataupun hilang fungsinya ?  Ya  Tidak  
*Do you suffered from lose of or lose of function of limb? Yes No*

Jika dijawab "ya" mohon berikan tanda (x) pada bagian anggota tubuh yang mana :  
*If "yes" please give the mark (x) on which part of limb*

- Kedua tangan  Tangan kanan mulai dari siku  Jempol kanan  
*Both hands Right arm from elbow on Right thumb*

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kedua kaki<br><i>Both feet</i>                                    | <input type="checkbox"/> Tangan kiri mulai dari siku<br><i>Left arm from elbow on</i>          | <input type="checkbox"/> Jempol kiri<br><i>Left thumb</i>                        |
| <input type="checkbox"/> Kedua mata<br><i>Both eyes</i>                                    | <input type="checkbox"/> Tangan kanan mulai dari pergelangan<br><i>Right arm from wrist on</i> | <input type="checkbox"/> Jari telunjuk kanan<br><i>Right index finger</i>        |
| <input type="checkbox"/> Satu tangan dan satu kaki<br><i>One hand and one foot</i>         | <input type="checkbox"/> Tangan kiri mulai dari pergelangan<br><i>Left arm from wrist on</i>   | <input type="checkbox"/> Jari telunjuk kiri<br><i>Left index finger</i>          |
| <input type="checkbox"/> Satu tangan dan satu mata<br><i>One hand and one eye</i>          | <input type="checkbox"/> Penglihatan sebelah mata<br><i>Incurable blindness in one eye</i>     | <input type="checkbox"/> Jari kelingking kanan<br><i>Right little finger</i>     |
| <input type="checkbox"/> Satu kaki dan satu mata<br><i>One foot and one eye</i>            | <input type="checkbox"/> Pendengaran kedua belah telinga<br><i>Incurable deaf in both ears</i> | <input type="checkbox"/> Jari kelingking kiri<br><i>Left little finger</i>       |
| <input type="checkbox"/> Lengan kanan mulai dari bahu<br><i>Right arm from shoulder on</i> | <input type="checkbox"/> Pendengaran sebelah telinga<br><i>Incurable deaf in one ear</i>       | <input type="checkbox"/> Jari tengah / manis kanan<br><i>Right middle finger</i> |
| <input type="checkbox"/> Lengan kiri mulai dari bahu<br><i>Left arm from shoulder on</i>   | <input type="checkbox"/> Satu kaki dari pergelangan<br><i>One foot from ankle on</i>           | <input type="checkbox"/> Jari tengah / manis kiri<br><i>Left middle finger</i>   |

8. Jelaskan secara rinci bagaimana kondisi cedera atau cacat yang diderita  
*Please give details about the injuries or dismemberment / disability condition*

9. Kapan kondisi cacat pertama kali dialami?  
*When di the disability suffered for the first time*

10. Pada saat kejadian apakah Anda dalam kondisi sehat jasmani dan rohani?  
*Were you in good health and free from physical defect or infirmity at the time of incident*  Ya Yes  Tidak No

**Hanya Diisi Jika Terjadi Kecelakaan**  
*Filled only if there is an accident*

11. Pada kegiatan apa atau dalam kesempatan apa kecelakaan itu terjadi?  
*During which activity or on what occasion did the accident occur?*

12. Apakah ada saksi yang melihat pada waktu kecelakaan terjadi?  
*Are there any witnesses when the accident occurred?*  Ya Yes  Tidak No

- Jika "ya" berikan nama dan alamat lengkap saksi tersebut  
*If "yes" please give details the names and address*

13. Apakah ada penyelidikan polisi ?  
*Was there a police investigation?*

Ya  
Yes

Tidak  
No

- Jika "ya" kapan, dimana dan oleh siapa?  
*If "yes" please explain when, where and by whom?*

**Pernyataan**

*Statement*

Saya menerangkan bahwa semua pernyataan dalam formulir ini saya buat dengan benar dan lengkap. Apabila ada keterangan yang menyesatkan atau tidak benar, maka saya bersedia dituntut di muka pengadilan dan maslahat Asuransi akan saya kembalikan kepada PT Asuransi ALLIANZ LIFE INDONESIA.

*I declare that all answers in this application from are certified to be complete and true. If there is any misleading information or wrong information, I dispose to be remanded to the court and the insurance benefit will be returned to PT Asuransi ALLIANZ LIFE INDONESIA*

Tempat ....., tanggal .....  
*Place date*

( tanda tangan Pemegang polis )

*Signature of Policy holder*

Nama : \_\_\_\_\_

*Name*