



Note This final notification must be completed and returned as soon as the insured person has fully recovered or on confirmation of permanent disability. The medical certificate (overleaf) must be completed by the medical attendant who treated the insured person

Catatan Laporan akhir ini harus dilengkapi dan dikembalikan secepatnya setelah penderita dinyatakan sembuh atau menderita cacat permanen. Laporan medis di balik ini harus dilengkapi oleh orang yang merawat penderita

Name of Insured
Nama Tertanggung

Name of Insured person
Nama orang yang diasuransikan

Total Disablement Claim / Klaim Cacat Total

Period between which the Insured person has been totally disabled by the accident from attending his usual business
Jangka waktu dimana penderita menderita cacat total sehingga total tidak dapat bekerja

From to
Dari sampai

Partial Disablement Claim / Klaim Cacat Sebagian

Period between which the Insured Person has been partially disabled by the accident from attending his usual business
Jangka waktu dimana penderita menderita cacat sebagian sehingga tidak sepenuhnya dapat bekerja

From to
Dari sampai

Claim Amount / Jumlah Klaim

For total disablement For partial disablement
Untuk cacat total Untuk cacat sebagian

Total claim
Jumlah klaim

Declaration / Pernyataan

I/We do hereby solemnly declare that the above statements are true and that the insured person has not abstained from attending his / her usual business, either totally or partially, for a longer period that he / she was compelled by the accident

Saya menyatakan bahwa pernyataan di atas adalah benar dan bahwa penderita karena kecelakaan yang dialaminya harus beristirahat dari tugasnya secara total atau sebagian dalam jangka waktu yang wajar dan tidak dilebih-lebihkan

Insured's name and signature
Tanda tangan dan nama Tertanggung

Date
Tanggal

Certificate of Medical Attendant
Surat keterangan dokter / pihak yang merawat

Patient's name
Nama pasien

Are you the patient's usual doctor?
Apakah anda dokter langganannya?

Yes
Ya

No
Tidak

If 'YES', for how long
Jika 'YA', untuk berapa lama

Date of first consultation
Tanggal pertama konsultasi

Nature and extent of injury
Jenis dan parahnya luka

Period of disability
Periode tidak aktif

Extent
Jenis

From
Dari

To
Sampai

– Confined to house/hospital
Harus tinggal di rumah/rumah sakit

– Totally disabled by the accident from following his usual business, profession or occupation
Tidak dapat bekerja secara total

– Partially disabled by the accident from following his usual business, profession or occupation
Dapat bekerja tetapi tidak secara penuh

If the patient has fully recovered, date of recovery
Jika pasien sudah sembuh total, tanggal kesembuhannya

I hereby certify having personally examine the above mentioned patient and that in my opinion the disability arises solely as a result of the above accident

Saya menyatakan telah memeriksa penderita di atas dan pada pandangan saya ketidakmampuannya bekerja adalah benar disebabkan oleh kecelakaan yang dialaminya

Name and signature
Tanda tangan dan nama jelas

Date
Tanggal