



FORMULIR KLAIM ASURANSI KECELAKAAN DIRI *PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM*

Isilah formulir klaim ini dengan lengkap dan benar untuk mempercepat proses penyelesaian klaim. Jika ada kotak pilihan () harap beri tanda (). Jika kotak jawaban tidak mencukupi harap dilanjutkan di lembar terpisah. Pengajuan formulir ini bukan lah pengakuan akan ada nya ganti rugi.

Please complete this claim form accurately to ensure speedy claim settlement. Wherever tick boxes () appear, please tick () as appropriate. If insufficient space is provided for your answers, please continue on a separate sheet. Issuance of this form does not represent any admission of liability by the Company

1. Nomor polis :
Policy number
2. Nama tertanggung :
Name of Insured
3. (a) Alamat surat menyurat :
Correspondence address

(b) NomorTelepon :
Contact telephone no.

(c) Nomor Faksimili / Alamat email :
Facsimile no. / Email
4. Bidang usaha / Pekerjaan :
Occupation
5. Jangka waktu Asuransi :
Period of insurance

Keterangan Mengenai Orang yang Diasuransikan /Details of the Insured Person

6. (a) Nama / Name :
(b) Umur / Age :
7. Alamat Surat menyurat :
Correspondence address
.....
8. Bidang usaha / Pekerjaan :
Occupation

Keterangan Mengenai Kecelakaan / Details of the Accident

9. (a) Tanggal Kejadian/Date accident :
(b) Jam/Time :
(c) Lokasi kecelakaan/Place of Accident :



10. Jelaskan dengan lengkap bagaimana kecelakaan tersebut terjadi :
Describe fully how the accident occurred

11. Nama dan alamat parasaksi
Name and address of witnesses

12. Luka yang di derita (atau penyebab resmi kematian)
Nature of injuries (or official cause of death)

13. Nama pihak yang merawat :
Name of medical attendant

14. Apakah ada asuransi lain yang juga menutup resiko kecelakaan ini ? Ya Tidak
Are there any other insurances in force covering t insured person in respect of this injury ?
Ya Yes Tidak No

Jika 'YA', harap jelas kan nama perusahaan asuransi nya, nomor polis dan jangka waktu asuransi nya
If 'YES', please give details regarding the name of insurer, policy number and insurance period

--

15. Apakah tertanggung akan mengajukan tuntutan kepada pihak ketiga Yang menyebabkan terjadinya kecelakaan ini ? Ya Tidak
Will any claim be made against third party in respect of this accident ?
Ya Yes Tidak No

Jika 'YA', apa dasar tuntutan klaim nya ?
If 'YES', why is such claim being made ?

16. Nama dan alamat dari pihak ketiga tersebut
The name and address of the third party

Pernyataan / Declaration

Saya / Kami menyatakan bahwa pernyataan di atas adalah benar dan di buat dengan sejujur -
jujurnya
*I / We warrant that the foregoing statements and particulars are true to the best of my / our
knowledge and belief*

Tandatangan dan nama jelas
Authorised signature and name

Tanggal
Date