

FORMULIR LAPORAN KERUGIAN ASURANSI KECELAKAAN DIRI

PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM

Note: Mohon diisi dengan huruf cetak/ Please fill by capital letter

TERTANGGUNG

THE INSURED

Nama Tertanggung :

Company name :

Alamat :

Address :

No. Telepon:

Phone No. :

Email :

Email

No. Policy :

Policy No. :

Jumlah Pertanggungan :

Sum Insured :

Nama orang yang mengalami kerugian :

Name of the person who suffered Injured :

Usia :

Age :

Pekerjaan :

Occupation / Job :

No. Telepon:

Phone No. :

Email :

Email

RINCIAN KEJADIAN

DETAIL OF THE EVENT

Tanggal & jam kejadian :

Date & time of incidents :

Tempat kejadian :

Location of incidents :

Penyebab kecelakaan :

Suppose cause :

Sifat / jenis / macam luka yang di derita akibat kecelakaan tersebut :

What is the kind of injury of illness as a consequence of this incident :

Estimasi biaya pengobatan

Claim estimate

DETAIL KRONOLOGIS KEJADIAN

Details of Incident

Jika disebabkan oleh pihak ketiga sebutkan nama dan alamat :

If it caused by third party, please give name & address :

SAKSI - SAKSI

WITNESSES

Nama dan alamat orang-orang yang menyaksikan :

Name and address of witness (es) :

PERAWATAN

HOSPITAL CARE

Nama rumah sakit :

Hospital's name :

Alamat rumah sakit :

Hospital's address :

PERNYATAAN

DECLARATION

Saya / Kami dengan ini menerangkan bahwa keterangan - keterangan tersebut diatas adalah benar dan sesuai dengan kenyataannya, dan bahwa saya / kami tidak mempunyai polis asuransi lainnya yang berhubungan dengan kecelakaan ini, dan saya / kami berjanji akan memberikan bantuan sepenuhnya kepada perusahaan asuransi dalam penyelesaian persoalan ini.

I / we hereby declare the foregoing particular to be true in every respect and that I / we have no other policy insurance indemnify Me / Us in respect of this accident and I / We undertake to give the company all assistance in My / Our power in dealing with the matter

Tanggal :

Date :

Tanda Tangan :

Signature :

Nama Jelas :

Your Name :