

FORM LAPORAN KLAIM KECELAKAAN PRIBADI PERSONAL ACCIDENT CLAIM REPORT FORM

Laporan ini harus diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu 14 (empat belas) hari sejak terjadinya kecelakaan. Klaim tidak diterima tanpa keterangan medis (Dokter) yang diajukan oleh Tertanggung (pemegang polis) atas biaya sendiri.

This report must be completed and returned within 14 (fourteen) days since the accident. Claims will not accepted without a medical certificate (Doctor) filed by the insured (the policyholder) at his own expense.

1. Nomor Polis Asuransi & Periode Pertanggungan <i>Insurance Policy Number & Coverage Period</i>	_____ / _____ hingga / to _____
2. Nama Lengkap>Nama Perusahaan <i>Full Name/Company Name</i>	_____
Alamat Lengkap <i>Address</i>	_____
3. a. Nama Lengkap dari yang mendapat kecelakaan (penderita/korban) <i>Full Name of the Accident Victim</i>	_____
b. Tempat/Tanggal Lahir <i>Place/Date of Birth</i>	_____
c. Profesi/Jabatan <i>Profession/Title</i>	_____
d. Alamat Lengkap <i>Full Address</i>	_____
e. Waktu & Tanggal Terjadinya Kecelakaan <i>Time and Date of Accident</i>	_____
f. Tempat Terjadinya kecelakaan. <i>Location of Incident</i>	_____
g. Jelaskan secara rinci bagaimana kecelakaan terjadi <i>Please describe in detail how was the accident happened</i>	_____ _____ _____
h. Gambaran mengenai luka/cidera yang diderita. <i>Please describe in detail about the injury</i>	_____ _____ _____
4. Sebutkan nama-nama dan alamat-alamat dari saksi-saksi yang berada dilokasi saat kecelakaan terjadi <i>Please mention the names and addresses of witnesses of the incident</i>	_____ _____ _____ _____ _____

5. Pernyataan *Declaration*

Saya/Kami menyatakan bahwa pernyataan di atas adalah benar dan dibuat dengan sejujur-jujurnya.

I/We hereby warrant that the foregoing statements and particulars are true to the best of my/our knowledge and belief.

.....
Tanda Tangan & Nama Jelas Tertanggung

Insured Full Name & Authorized Signature