

Nomor Polis

Policy No

Mohon mengisi dan menandatangani formulir klaim ini dengan lengkap dan benar untuk mempercepat proses penyelesaian klaim.

Please fill out and sign the claim form completely and correctly to accelerate the process of claim settlement.

Pengajuan Formulir ini bukanlah pengakuan akan adanya ganti rugi dari perusahaan asuransi.

The issuance of this form does not represent any admission of liability by the Insurance Company.

Bila data, fakta dan mengenai klaim tidak sesuai dengan yang sebenarnya terjadi, maka proses klaim tidak akan di lanjutkan.

If the data, fact and information about the claim is incorrect to the actual situation, the claim will not be processed.

Data Tertanggung / Insured Information

Nama Tertanggung <i>Name of Insured</i>		Pekerjaan <i>Occupation</i>	
Nama Pelapor : <i>Claimant</i>		Hubungan dengan Tertanggung : <i>Relationship with the insured</i>	
Alamat <i>Address</i>			
Telepon Rumah <i>Home Phone</i>		Telepon Kantor <i>Office Phone</i>	
Telepon Seluler <i>Mobile Phone</i>		Email	

Data Klaim / Claim Information

Nilai Klaim <i>Claim Amount</i>	
Tanggal Kejadian <i>Date of Accident</i>	
Waktu Kejadian <i>Time of Accident</i>	
Tempat Kejadian <i>Place of Accident</i>	
Lokasi Kejadian <i>Location of Accident</i>	
Jenis Kejadian <i>Event of Accident</i>	
Apakah Tertanggung memiliki asuransi serupa di perusahaan asuransi lain ? <i>Does the Insured have a similar insurance coverage in another insurance company ?</i>	

Apakah Kejadian dilaporkan ke Polisi / Dimana

Was the accident reported to the Police / Where

Kronologis / Keterangan singkat tentang kejadian yang dialami

Description of accident

Objek yang diklaim <i>Claimed Object</i>	Jelaskan secara singkat <i>Please describe briefly</i>
<input type="checkbox"/> Bangunan / <i>Building</i>	
<input type="checkbox"/> Stok / <i>Stock</i>	
<input type="checkbox"/> Perabot / <i>Content</i>	
<input type="checkbox"/> Mesin / <i>Machine</i>	
<input type="checkbox"/> Lainnya / <i>Others</i>	

Kerugian atau Kerusakan Pihak Ketiga / *Damage to Third Party*

Merek / Jenis Kendaraan

Name and Address of Third Party

Jenis Kerugian

Type of Loss

Harta Benda

Property Damage

Cedera badan

Bodily Injury

Meninggal

Death

Lainnya

Others

Rincian Kerugian

Details of Damage

Perkiraan Biaya Kerugian

Loss Estimation

Saksi-Saksi Pada Saat Kejadian / *Witnessess at the Time of Accident*

Nama / *Name :*

Telepon / *Phone*

Nama / *Name :*

Telepon / *Phone*

Nama / *Name :*

Telepon / *Phone*

Nama / *Name :*

Telepon / *Phone*

Dengan ini Saya (Kami) sebagai tertanggung menyatakan bahwa seluruh informasi tersebut diatas diberikan dengan sebenar-benarnya dan Saya / Kami tidak menahan / menyembunyikan informasi yang mempengaruhi PT Asuransi Total Bersama dalam pertimbangan klaim. Saya/ Kami mengerti ini dapat di tolak atau di kurangi jika informasi yang diberikan tidak benar.

Herewith, I / We as an insured declared that all the information given in the above are true and complete in every detail and I / We do not withhold any information likely to affect PT Asuransi Total Bersama considertation of the claim. I / We understand the claim may be refused or reduced ifthe given information is incorrect.

Tandatangan & Nama Tertanggung

Signature and Name of Insured

Tanggal

Date