

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*