

**FORMULIR KLAIM
PERTANGGUNGAN KECELAKAAN DIRI
(PERSONAL ACCIDENT INSURANCE)**

Dalam hal terjadi kecelakaan dan atau meninggal dunia sebagai akibat sesuai yang dipersyaratkan dalam polis pertanggunganaan Kecelakaan Diri (Personal Accident) terhadap orang yang dipertanggungankan, harus mengisi formulir klaim ini selengkap - lengkapnya dengan memperhatikan ketentuan - ketentuan yang diatur oleh polis dan melengkapi dokumen dokumen pendukung klaim yang diperlukan.

NO	PERTANYAAN	JAWABAN
1	Nama tertanggung	
2	Alamat tertanggung (disertai no. telp / fax)	
3	Nomor polis	
4	Nama orang yang dipertanggungankan	
	Tempat & tanggal lahir orang yg dipertanggungankan	
	Jabatan orang yang dipertanggungankan	
	Alamat orang yang dipertanggungankan	
5	Sebab klaim ini diajukan (<i>lingkari salah satu</i>)	a. Meninggal dunia karena kecelakaan
		b. Cacat tetap karena kecelakaan
		c. Cacat sementara karena kecelakaan
		d. Biaya pengobatan
		e. Sebab lain
6	Tanggal & tempat terjadinya kecelakaan / kematian	
7	Penyebab terjadinya kecelakaan / kematian	
8	Jika sempat dirawat di RS, sebutkan di RS mana	
9	Berapa lama dilakukan perawatan di RS	
10	Nama dokter yang menangani	
11	Jika karena kecelakaan (tapi tidak menimbulkan kematian), terangkan akibat dari kecelakaan tsb	
12	Apakah akibat kecelakaan tersebut, orang yang dipertanggungankan tidak dpt melakukan pekerjaannya	Ya / Tidak
13	Jika ya, berapa hari / minggu / bulan orang yang dipertanggungankan tidak dpt melakukan pekerjaannya	

Dengan ini kami beritahukan bahwa keterangan - keterangan tersebut di atas adalah benar adanya tanpa ada rekayasa maupun kebohongan. Jika suatu ketika ditemukan adanya ketidakbenaran atas keterangan - keterangan yang kami berikan, maka kami bersedia untuk melepaskan hak kami atas ganti rugi / klaim dan bersedia untuk dituntut secara hukum yang berlaku.

.....,20.....

Tertanggung / ahli waris

(.....)