

**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	<b>Ya / Tidak</b>
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

( ..... )