

## FORMULIR KLAIM KECELAKAAN

(Disi oleh Pemegang Polis / Tertanggung / Penerima Manfaat- Ahli Waris)

Agar mempercepat proses Klaim, harap semua pertanyaan di bawah ini dijawab dengan benar, lengkap dan jelas.

1. Pemegang Polis :
2. Nomor Polis :

**Yang bertandatangan dibawah ini:**

### DATA TERTANGGUNG/PESERTA

3. Nama Lengkap :
4. Jenis Kelamin :  Pria  Wanita
5. Tempat, Tanggal lahir / Umur : ,  /  / , Umur  Tahun  
Tanggal Bulan Tahun
6. Alamat :
7. Nomor KTP/Identitas Lain :
8. Nomor Telepon/Handphone :

### DATA KLAIM

9. Jenis Klaim Kecelakaan :  Meninggal Kecelakaan,  /  /   
Tanggal Bulan Tahun
- Biaya Perawatan Medis  Cacat Tetap Total  Cacat Tetap Sebagian
10. Penyebab Jenis Kecelakaan :  Kecelakaan Kerja  Kecelakaan Lalu Lintas  
 Kecelakaan lainnya, mohon sebutkan
11. Tempat Kecelakaan :
12. Tanggal Kecelakaan :  /  /   
Tanggal Bulan Tahun
13. Kronologis Kecelakaan :
- \*Mohon lampirkan laporan dari kepolisian  
\*\*Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah*

14. Berikan keterangan mengenai nama dan alamat Dokter/Rumah Sakit yang menangani :

Nama Dokter :

Nama Rumah Sakit :

15. Akibat kecelakaan ini, apakah direkomendasikan untuk rawat inap? :  Ya  Tidak

16. Jika kecelakaan ini membuat kecacatan atau ketidakmampuan, mohon jelaskan kecacatan atau ketidakmampuan yang terjadi

*\*Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah*

17. Apakah Tertanggung juga dipertanggungkan untuk manfaat yang sama di Perusahaan lain ?  Ya  Tidak

Jika "Ya", mohon dapat disebutkan Nomor Polis, tanggal berlaku polis dan nama perusahaan asuransi

No.	Nama Perusahaan Asuransi	No Polis	Jenis Program Asuransi	Tanggal Mulai Asuransi

*\*\*Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah*

18. Apakah Tertanggung Kidal? :  Ya  Tidak

**DATA PEMBAYARAN KLAIM\***

\*Khusus untuk produk Individu  
\*\*Lampirkan buku rekening tabungan

Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke

Nama Pemilik Rekening :

Nomor Rekening :

Nama Bank :

Cabang :

**PERNYATAAN PEMEGANG POLIS/TERTANGGUNG/PENERIMA MANFAAT/AHLI WARIS**

Dengan ini Saya / Kami memberitahukan kepada Penanggung bahwa jawaban dan pernyataan yang Saya / Kami buat adalah benar dan tepat; Serta tidak ada keterangan atau hal-hal lain yang disembunyikan.

Dengan ini Saya / Kami menyetujui bahwa pernyataan tertulis dan bukti-bukti dari semua Dokter yang memeriksa atau merawat Tertanggung, dan semua surat lainnya yang diminta oleh Penanggung akan menjadi bagian yang tak terpisahkan dari bukti klaim yang diajukan.

Segala akibat hukum dan atau kerugian yang timbul atas pernyataan yang belum lengkap atau benar akan menjadi tanggung jawab Saya.

**SURAT KUASA**

Dengan ini Saya/Kami menyetujui dan memberi kuasa kepada setiap Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, Institusi medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan pasien atau Tertanggung untuk menyerahkan setiap informasi kesehatan tidak terbatas pada data-data kesehatan kepada Penanggung atau mereka yang diberi kuasa olehnya. Salinan dari Surat Kuasa ini berlaku dan mempunyai kekuatan Hukum yang sama dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di :

Tanggal :  /  /

Tanda Tangan & Nama Pemegang Polis

Tanda Tangan & Nama Tertanggung

\_\_\_\_\_  
(Nama Lengkap & Tanda Tangan sesuai KTP)

\_\_\_\_\_  
(Nama Lengkap & Tanda Tangan sesuai KTP)

Tanda Tangan & Nama Penerima Manfaat - Ahli Waris

\_\_\_\_\_  
(Nama Lengkap & Tanda Tangan sesuai KTP)

Data Penerima Manfaat - Ahli Waris

Nama :

Alamat :

No. Telepon/HP :

Hubungan dengan Tertanggung :