

FORMULIR KLAIM SEPEDA MOTOR (Motorcycle Claim Form)

Nomor Polis
Policy No

Harap Formulir Klaim ini diisi dan segera dikembalikan kepada **PT ASURANSI TOTAL BERSAMA**.
Please complete and return this claim form immediately to **PT ASURANSI TOTAL BERSAMA**.

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.

Data Tertanggung / Insured Information

Nama Tertanggung
Name of Insured

Pekerjaan
Occupation

Alamat
Address

Telepon Rumah
Home Phone

Telepon Kantor
OfficePhone

Telepon Seluler
Mobile Phone

Email

Data Kendaraan yang Dipertanggung / Insured Vehicle Information

Merek
Brand

Jenis
Type

Tahun
Year

No Polisi
Police Reg No

No Rangka
Chassis No

No Mesin
Engine No

Data Pengemudi / Driver Information

Nama Pengemudi
Name of Driver

Alamat
Address

No. SIM
License No

Golongan : A / B1 / B2 / C
Type

Tgl Daluwarsa
Expired Date

Status Pengemudi
Driver Status

Pemilik
Owner

Pengemudi yang digaji
Paid Driver

Keluarga / Teman
Friend / Relative

Data Kecelakaan / Accident Information

Tanggal Kejadian
Date of Accident

Waktu Kejadian
Time of Accident

Tempat Kejadian
Place of Accident

Lokasi Kejadian
Location of Accident

Kecepatan Kendaraan saat Kejadian
Speed of the vehicle driven at the time of accident

Apakah Kecelakaan dilaporkan ke Polisi / Dimana
Was the accident reported to the Police / Where

Kronologis / Keterangan Singkat tentang kecelakaan
Description of the Accident

Denah Lokasi Kejadian
The site of Accident Occurred

FORMULIR KLAIM SEPEDA MOTOR (Motorcycle Claim Form)

Kerusakan Kendaraan Tertanggung / *Damage to Insured Vehicle*

Merek / Jenis Kendaraan <i>Brand / Type of Vehicle</i>	Tahun <i>Year</i>	Nomor Polisi <i>Police Reg No.</i>	Perkiraan Biaya Perbaikan <i>Estimate of Repair</i>
Nomor Rangka <i>Chasis No</i>	Nomor Mesin <i>Engine No</i>		

Apakah Kendaraan pihak ke III diasuransikan / Dimana?
Has the third party vehicle been insured / Where?

Saksi-saksi pada saat kejadian / *Witnessess at the time of Accident*

Nama / *Name* : Nama / *Name* : Nama / *Name* : Nama / *Name* :

Dengan ini Saya (Kami) sebagai tertanggung menyatakan bahwa semua yang telah diuraikan diatas adalah benar dan keterangan tersebut kami berikan secara jujur dan kami bersedia membantu pihak Asuransi apabila diperlukan dalam menyelesaikan dengan pihak lain.
Herewith, I / We as an insured declared that all the explanation above is right and honesty and I / We are pleased to assist insurer if necessary in claim settlement with other party.

Tandatangan Tertanggung <i>Signature of Insured</i>	Tanggal <i>Date</i>
--	------------------------

DIISI OLEH PETUGAS CLAIM ASURANSI / *THIS PART WILL BE FILL IN BY THE CLAIM OFFICER*

Supporting Documents <input type="checkbox"/> Copy SIM / STNK <input type="checkbox"/> Copy KTP <input type="checkbox"/> Police Report Received Date	<input type="checkbox"/> Name <input type="checkbox"/> Coverage <input type="checkbox"/> Insurance Period <input type="checkbox"/> Premium <input type="checkbox"/> Notification 5x24H	Claim No. : Customer Service Surveyor
Estimasi		