



PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM
FORMULIR KLAIM ASURANSI KECELAKAAN DIRI

Please complete and return this claim form immediately to PT Asuransi Dayin Mitra Tbk
Harap Formullir Klaim ini diisi dan segera dikembalikan kepada PT Asuransi Dayin Mitra Tbk

INSURED / TERTANGGUNG

Company name / Nama perusahaan : _____
Address / Alamat : _____
Phone / Telp. _____ Fax _____

Employee's name / Nama karyawan : _____
Age / Usia : _____ year / tahun
Occupation / Pekerjaan/Jabatan : _____ / _____
Address / Alamat : _____
Phone / Telp. _____

INSURANCE POLICY / POLIS ASURANSI

Policy No / Nomor Polis : _____
Period / Periode Polis : _____
Sum Insured / Jumlah pertanggungan : _____

DETAIL OF THE EVENT / RINCIAN KEJADIAN

Date & Time of incidents / Tgl & jam kecelakaan : _____
Location of incidents / Tempat kecelakaan : _____
Suppose Cause / Penyebab kecelakaan : _____

If it was caused by third party, please give name & address / Jika disebabkan oleh pihak ketiga sebutkan nama dan alamat : _____

Please give short description on the incidence / Ceritakan dengan sebenarnya bagaimana kecelakaan tersebut terjadi.

What is the kind of injury or illness as a consequence of this medicine / Sifat dan macam luka-luka yang diderita akibat kecelakaan tersebut.

continued / bersambung



Please give witnesses name (if any) / Sebutkan nama-nama dan alamat saksi-saksi dalam peristiwa tersebut (jika ada)

HOSPITAL CARE / PERAWATAN

Hospital's Name / Nama Rumah Sakit/ Klinik yang yang merawat : _____
Address / Alamat : _____
Doctor's in charge / Nama dokter yang merawat : _____

DECLARATION / PERNYATAAN

I/We hereby declare the foregoing particulars including the attached documents to be true in every respect. I/We undertake to give the company all assistance in my/our power in dealing with the matter.

Saya/Kami dengan ini menerangkan bahwa keterangan-keterangan tersebut diatas dan lampiran dokumen adalah benar dan sesuai dengan kenyataan. Saya/Kami berjanji akan memberikan bantuan sepenuhnya kepada pihak Asuransi dalam penyelesaian persoalan ini.

Place & date / Tempat & tanggal : _____

Signature & Company Stamp / Tanda tangan & Stempel

This form is issued on receipt of notice of loss or damage but it is in no way and admission of a claim by the company/ Formulir ini diterbitkan sehubungan dengan diterimanya laporan kerugian namun bukan merupakan persetujuan klaim oleh pihak Asuransi.