

FORMULIR KLAIM KENDARAAN BERMOTOR (Motor Vehicle 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 Office Phone
Telepon Seluler Mobile Phone	Email

Data Kendaraan yang Dipertanggungkan / Insured Vehicle Information

Merek Brand	Jenis Type	Tahun Year
No Polisi Police Reg No		
No Rangka Chasis 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

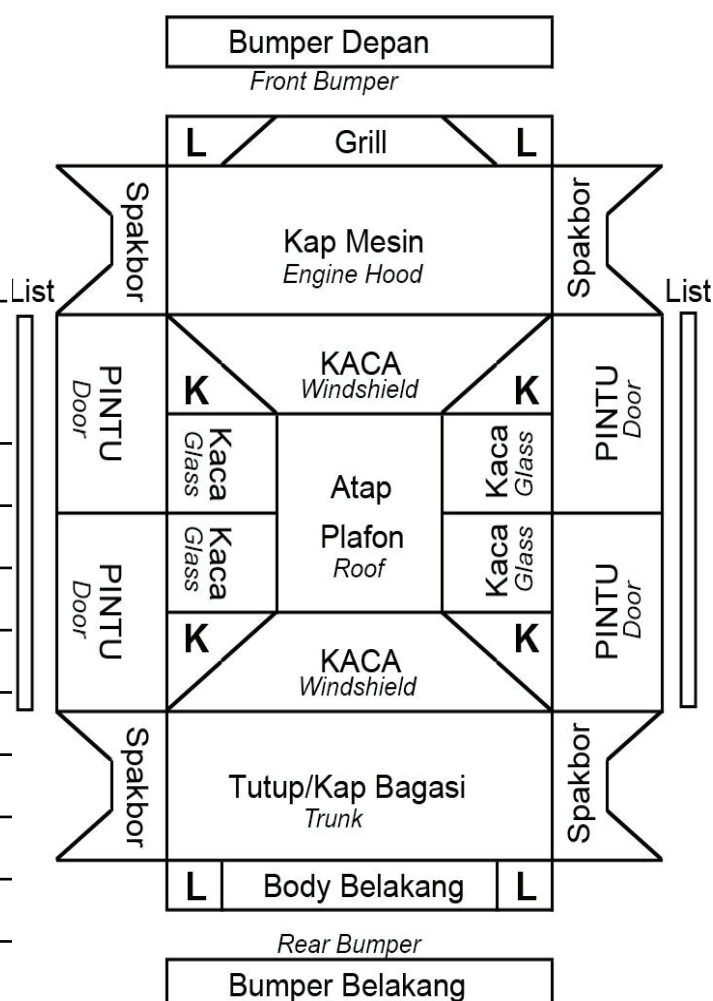
Data Kecelakaan / Accident Information

Tanggal Kejadian <i>Date of Accident</i>		Waktu Kejadian <i>Time of Accident</i>	
Tempat Kejadian <i>Place of Accident</i>			
Lokasi Kejadian <i>Location of Accident</i>			
Kecepatan Kendaraan saat Kejadian <i>Speed of the vehicle driven at the time of accident</i>			
Apakah Kecelakaan dilaporkan ke Polisi / Dimana <i>Was the accident reported to the Police / Where</i>			
Kronologis / Keterangan Singkat tentang kecelakaan <i>Description of the Accident</i>			

Denah Lokasi Kejadian
The site of Accident Occurred

Bagian yang rusak pada kendaraan tertanggung
Part of damage of the vehicle

1
2
3
4
5
6
7
8
9



*L = Lampu / Lamp

PT Asuransi Total Bersama

Springhill Office Tower, 20th floor #ABGH, Jl. Benyamin Suaeb Blok D6 Ruas D7,
Kemayoran - Jakarta Utara 14410 - Telp. (021) 2260 7272 Fax (021) 6543 799
www.tob-ins.com | Instagram: @tob.ins

PT Asuransi Total Bersama terdaftar
dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan



OTORITAS
JASA
KEUANGAN



Kerugian atau Kerusakan Pihak Ketiga / Damage to Third Party

Merek / Jenis Kendaraan

Name and Address of Third Party

Jenis Kerugian
Type of Loss

☐ Harta Benda
Property Damage

☐ Cedera badan
Bodily Injury

☐ Meninggal
Death

☐ Lainnya
Others

Rincian Kerugian
Details of Damage

Perkiraan Biaya Kerugian
Loss Estimation

Kerusakan Kendaraan Tertanggung / Damage to Insured Vehicle

Merek / Jenis Kendaraan
Brand / Type of Vehicle

Tahun
Year

Nomor Rangka
Chassis No

Nomor Mesin
Engine No

Nomor Polisi
Police Reg No.

Perkiraan Biaya Perbaikan
Estimate of Repair

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
Signature of Insured

Tanggal
Date

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

Supporting Documents

☐ Copy SIM / STNK

☐ Copy KTP

☐ Police Report

Received Date

☐ Name

☐ Coverage

☐ Insurance Period

☐ Premium

☐ Notification 5x24H

Claim No. :

Cust Service

Surveyor

Estimasi

PT Asuransi Total Bersama

Springhill Office Tower, 20th floor #ABGH, Jl. Benyamin Suaeb Blok D6 Ruas D7,
Kemayoran - Jakarta Utara 14410 - Telp. (021) 2260 7272 Fax (021) 6543 799
www.tob-ins.com | Instagram: @tob.ins

PT Asuransi Total Bersama terdaftar
dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

