

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 Office Phone	
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	☐ Keluarga / Teman Family / Friend
		☐ Lain-lain Others

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

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

Nama : <i>Name</i>	Nama : <i>Name</i>
Nama : <i>Name</i>	Nama : <i>Name</i>

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 ☐ Copy SIM / STNK ☐ Copy KTP ☐ Police Report Received Date	☐ Name ☐ Coverage ☐ Insurance Period ☐ Premium ☐ Notification 5x24H	Claim No. : Cust Service Surveyor
	Estimasi	