

## FORMULIR PENGAJUAN KLAIM JAGA MOTORKU

Mohon diisi dengan menggunakan huruf cetak dan tulisan yang jelas

### 1. DATA TERTANGGUNG

(wajib diisi)

Nama Lengkap Pemegang Polis : \_\_\_\_\_

Tempat/Tanggal Lahir hh-bb-tt) : \_\_\_\_\_

Jenis Kelamin :  Laki-laki  Perempuan

Nomor KTP/KITAS : \_\_\_\_\_

Alamat Tinggal (sesuai KTP) : \_\_\_\_\_

Kota\* : \_\_\_\_\_

Kode Pos\* : \_\_\_\_\_ Telp\* : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Alamat surat menyurat (jika berbeda) : \_\_\_\_\_

Kota\* : \_\_\_\_\_

Kode Pos\* : \_\_\_\_\_ Telp\* : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nomer Ponsel (HP) : \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

Pekerjaan : \_\_\_\_\_

No Polis/Sertifikat : \_\_\_\_\_

Masa berlaku polis/sertifikat : \_\_\_\_\_

### 2. DATA KENDARAAN BERMOTOR (jika mengajukan klaim berkaitan dengan sepeda motor)

(wajib diisi)

Merek Kendaraan : \_\_\_\_\_

Tipe : \_\_\_\_\_

Tahun : \_\_\_\_\_

No Rangka Kendaraan : \_\_\_\_\_

Nomor Polisi : \_\_\_\_\_

Nama STNK :  Sama dengan di KTP  Tidak sama dengan KTP, sebutkan : \_\_\_\_\_

### 3. DATA YANG MENGAJUKAN KLAIM (jika Pengaju Klaim bukan Tertanggung)

(wajib diisi)

Nama Lengkap : \_\_\_\_\_

Jenis Kelamin :  Laki-Laki  Perempuan

Alamat : \_\_\_\_\_

Kota\* : \_\_\_\_\_

Kode Pos\* : \_\_\_\_\_ Telp\* : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nomer Ponsel (HP) : \_\_\_\_\_

Hubungan dengan Tertanggung :  Diri Sendiri  Suami/Istri  Orang Tua/Anak  Lainnya, sebutkan \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Apabila klaim berdasarkan ketentuan polis disetujui maka pembayaran dilakukan ke rekening yang ditunjuk ahli waris / pengaju klaim

Nama Pemilik Rekening : \_\_\_\_\_

Bank : \_\_\_\_\_ Cabang : \_\_\_\_\_

No Rekening : \_\_\_\_\_

#### 4.DATA KERUGIAN YANG TERJADI

**Kejadian Kecelakaan** (untuk Klaim kecelakaan diri)

(wajib diisi)

Tanggal kejadian kecelakaan : \_\_\_\_\_

Tempat kejadian kecelakaan : \_\_\_\_\_

Waktu kejadian kecelakaan : \_\_\_\_\_

Jelaskan kronologi kejadian kecelakaan dan penyebabnya : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 5.PERNYATAAN DOKTER

(wajib diisi)

Tanggal kedatangan kepada Anda : \_\_\_\_\_

Tanggal kejadian kecelakaan sesuai anamnesa : \_\_\_\_\_

Diagnosa Lengkap : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kapan pasien pertama kali menyadari gejala sakit : \_\_\_\_\_

Mohon jelaskan kejadian apa yang telah menyebabkan pasien menderita diagnosa/cedera di atas? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apakah pasien membutuhkan rawat inap? :  Ya  Tidak

Jika ya, mohon jelaskan mengapa pasien harus dirawat inap : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apakah pasien sebelumnya telah didiagnosis atau dirawat untuk cedera yang sama? :  Ya  Tidak

Jika ya, menurut Dokter sejak kapan pasien tersebut menderita diagnosa di atas? (misal, ±1 tahun yang lalu, 6 bulan yang lalu, dll) : \_\_\_\_\_

Obat-obatan yang diberikan : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tindakan atau perawatan medis yang diberikan : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mohon jelaskan komplikasi atau penyakit lain yang mungkin bisa memengaruhi cedera yang diderita saat ini? Seperti penyakit Diabetes Mellitus, Hiperkolesterol, Hipertensi dan lainnya ?

: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Apakah pasien membutuhkan alat bantu kaki palsu atau alat bantu ortopedi lainnya?

:  Ya  Tidak

Jika ya, mohon jelaskan seberapa genting (urgensi) dan mengapa pasien membutuhkan alat tersebut?

: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Apakah pasien mengalami cedera yang mengakibatkan fracture?

:  Ya  Tidak

Jika ya, mohon jelaskan pada bagian mana manakah fracture tersebut

: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Apakah pasien mengalami cedera yang mengakibatkan luka bakar yang parah?

:  Ya  Tidak

Jika ya, mohon jelaskan pada bagian manakah luka bakar tersebut dan berapa derajat luka bakarnya?

: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Apakah ada cacat tetap yang diderita oleh pasien?

Ya  Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan pada bagian tubuh manakah itu?

\_\_\_\_\_

a. Apakah pasien meninggal semata-mata dan secara langsung diakibatkan oleh cedera tubuh karena kecelakaan

:  Ya  Tidak

b. Sebab meninggal dan apakah ada riwayat penyakit yang mendasari serta memengaruhi?

: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Apakah dilakukan Pemeriksaan Luar Jenazah atau permintaan otopsi dari Kepolisian?

: a.  Ya  Tidak

b. Hasil Pemeriksaan Luar Jenazah

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c. Hasil Pemeriksaan Dalam Jenazah

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

DINYATAKAN OLEH DOKTER YANG MERAWAT

Nama : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tanggal :

(.....)

Nama Jelas

Dengan ini, Saya selaku pihak yang mengajukan klaim memberikan kuasa kepada Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Perusahaan Asuransi, Instansi yang berwenang dan organisasi lainnya ataupun perorangan yang mengetahui mengenai Riwayat Kesehatan Tertanggung untuk memberikan keterangan yang diminta/diperlukan oleh PT Central Asia Financial (JAGADIRI). Izin atau kuasa tidak menjadi gugur meskipun Pemegang Polis/Tertanggung telah meninggal dunia dan menyatakan mengesampingkan berlakunya ketentuan pasal 1813 KUH Perdata tentang berakhirnya kuasa. Dalam keadaan demikian, Saya selaku pihak yang mengajukan klaim, mewajibkan kepada pihak yang berkepentingan dengan manfaat Polis ini untuk memberikan keterangan seperti yang dimaksud diatas dengan sebenar-benarnya. Salinan Surat Kuasa ini sama sahnyanya dan berlaku seperti dokumen aslinya.

Dengan menandatangani formulir klaim ini, saya menyetujui data pribadi saya akan digunakan oleh PT Central Asia Financial (JAGADIRI) maupun afiliasinya dan/atau pihak ketiga yang ditunjuk untuk memfasilitasi proses klaim saya.

Tempat & Tanggal diajukan Klaim,.....

Pemegang Polis/Tertanggung/Pengaju Klaim

Saksi dari PT Central Asia Financial (JAGADIRI)

(..... )

Tanda Tangan dan Nama Jelas

(..... )

Tanda Tangan dan Nama Jelas

PT Central Asia Financial

Citicon Tower 8th Floor Unit F Jl. Letjend S. Parman Kav. 72 Slipi Jakarta Barat 11410 - Indonesia

t 1500660 (Customer Service) f +62 21 2962 1623

JAGADIRI\_ID | www.jagadiri.co.id

PT Central Asia Financial adalah lembaga yang terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan