

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 afliasinya 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