

LAPORAN KLAIM

Ask. 12



Pemegang Polis : _____ Nomor Polis : _____
Nama Peserta : _____
Nomor Sertifikat/Peserta : _____
Tanggal Lahir : _____ Jenis Kelamin : Laki - Laki Perempuan
Uang Pertanggungansan Peserta : _____
Jenis Asuransi : _____
Kontrak Asuransi : Dari tanggal sampai dengan
Pembayaran Premi Terakhir : _____
Jenis Klaim : Meninggal Kecelakaan

Meninggal Dunia

Meninggal Tanggal : _____
Jam : _____
Tempat : _____
Sebab Kematian : _____
Penyakit yang Diderita : _____
Lamanya Perawatan/Pengobatan : Dari tanggal sampai dengan

Kecelakaan

(Diajukan paling lambat 3 x 24 jam sejak terjadinya kecelakaan)

Tempat Kecelakaan : _____
Tanggal : _____
Jam : _____

Uraian urutan terjadinya Kecelakaan : _____

Luka-luka yang nampak oleh mata pada penderita : _____

Perawatan Peserta :

Dirawat di : 1 = Rumah Sakit 2 = Puskesmas 3 = Poliklinik 4 = Dokter Partikelir
Berobat jalan di : 1 = Rumah Sakit 2 = Puskesmas 3 = Poliklinik 4 = Dokter Partikelir

Nama Dokter / Tenaga Medis yang merawat : _____

Alamat : _____

Lamanya Perawatan/ Pengobatan : Dari tanggal sampai dengan
Meninggal Tanggal :
Keterangan lain-lain : _____

_____, ____/____/ 20____
Pemegang Polis

Nama & Tandatangan