

FORMULIR KLAIM
CLAIM APPLICATION
EKSPIRASI / TAKAFAN / BENKALA / PENEBUSAN *)
EXPIRATION / GRADUAL / PERIODICAL / REDEMPTION *)
PERTANGGUNGJAWAN PERORANGAN
INDIVIDUAL INSURANCE

diwastaya

a. Diisi den kiterdabengani oleh Pemegang Polis
To be filled and signed by Policy Holder

1. Polis Nomor
Policy Number : DA 200372473
- Nama Pemegang Polis
Policy Holder Name : IS MATA utomah
- Nama Tertanggung
Insured Name : SURAJI
2. Yang mengajukan klaim
Claimer
Nama
Name : dr. SAKATA RHT, Sp.M
- Alamat lengkap
Address : BAHUA v/29 Jemurid
- No. Telp / No. HP / email
Phone / Cell Number / email : 0817388211
- Hubungan dengan Tertanggung
Relation to Insured :

b. Hak atas Pembayaran:
Right of settlement

1. Ekspirasi
Expiration : Jatuh tempo tanggal
Due date : 01 DESEMBER 2019
2. Tahapan
Gradually : Jatuh tempo tanggal
Due date :
3. Benkala
Periodical : Jatuh tempo tanggal
Due date :
4. Penebusan
Redemption : Alasan Penebusan
Reason of redemption :

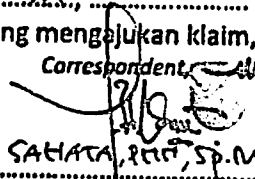
C. Manfaat klaim agar ditransfer ke:

Claim benefit to be transferred to:

(wajib diisi dengan rekening atas nama Pemegang Polis)

(Must be filled in with the account in the name of Policy Holder)

Bank : MANDIRI
 Bank
 Unit/Cabang :
 Unit/Branch
 No. Rekening : 140.00.3402799.4
 Account number
 Atas Nama : PAM UHOAH
 Name

SIMATA
 Yang mengajukan klaim,
 Correspondent

 dr. SAHATA, ICM, Sp.M
 Nama lengkap
 Full Name

Dokumen-dokumen yang diserahkan/ Attached documents:

1. Polis / Sertifikat asli / Original Policy/Certificate; Ada Tidak*
2. Copy tanda bukti diri Pemegang Polis / Copy of ID Card Policy Holder;
3. Copy Buku Rekening Pemegang Polis
 * Apabila Polis Hilang, Wajib mengisi surat pernyataan kehilangan polis.

D. Dite oleh Kantor Pusat / Agency Service Center
Filled in by Head Office / Agency Service Center

1. Pelunasan premi selama 4 bulan terakhir:

Premium payment for past 4 months:

<u>Premi utk. bli. per</u> <i>Premium per month</i>	<u>Tgl. Pelunasan</u> <i>Date of payment</i>	<u>Nomor K.D.</u> <i>Number of K.D.</i>
.....
.....
.....
.....

2. **Sisa pinjaman atas Pengadaan Polis** : Rp.....
Loan remainder of Policy Mortgage

3. **Bunga pinjaman lunas s/d semester** : Rp.....
Loan interest paid off to semester

.....
 Agency Service Center Assistant Manager

(.....)

Transfer Information

Transaction Status

Transaction Reference No

Collection Ref No

From Account

Amount

Total Debit Amount

Remarks

Extended Payment Detail

Customer Reference Number

Beneficiary Information

To Account

To Account Type

Beneficiary Notification

Notification Flag

Beneficiary Email

Instruction Mode

Immediate

: Executed Successfully

: 202105310911489395

: 1190004918148 / ASURANSI JIWASRAYA (IDR)

: IDR 8.057.298.00

: IDR 8.057.298.00

: EXP DK000213148

: 1400094027555 / PAM (INDAH) (IDR)

: Third Party Account No

: Don't Send

: 31-May-2021

FORMULIR KLAIM KENDARAAN BERMOTOR

No. Polis Asuransi : 0401 - 0210 - 20 - 000477....

1. TERTANGGUNG :

Nama : RS MATA UNDAAN SURABAYA

Alamat : Jl. Undaan Kulon 17 - 19 Surabaya Telp. :

2. KENDARAAN YANG DIPERTANGGUNGKA

Merk & Tipe : Toyota Innova 2.0 G MT No. Polisi : L 1419 PR Tahun : 2017

No Mesin : 1TRA316549 No. Rangka : MHFJW8EM7H2334365

3. PENGEMUDI SEWAKTU TERJADINYA KECELAKAAN

Nama : SUPRIYADI

Alamat : Bendul Merisi 2 Dalam 11 Wonocolo - Surabaya

Supir yang dipekerjakan ? : Ya / ~~Tidak~~

Memiliki S.I.M. yang masih berlaku ? : Ya / ~~Tidak~~ (Periode SIM) 14 Jan 2024

(No.SIM) .890115142540

4. KECELAKAAN :

Tanggal dan Waktu Kecelakaan : 18 Mei 2021... / Jam 11:45

Dimana Terjadinya Kecelakaan : Gedung Parkir RS Mata Undaan Surabaya

Nama /Tempat Laporan kepolisian di buat :

Mohon diberikan keterangan dan sketsa secara singkat dan jelas yang menerangkan posisi kendaraan sewaktu terjadinya kecelakaan tersebut.

Kejadian 1. saat mobil akan turun dari gedung parkir. saat itu dari lantai 5 ke lantai 4 tetapi mobil nyangkut di belokan turunan dimana sebelah kanan depan nabrak pembatas pagar turunan dan sebelah kiri kena pilar.

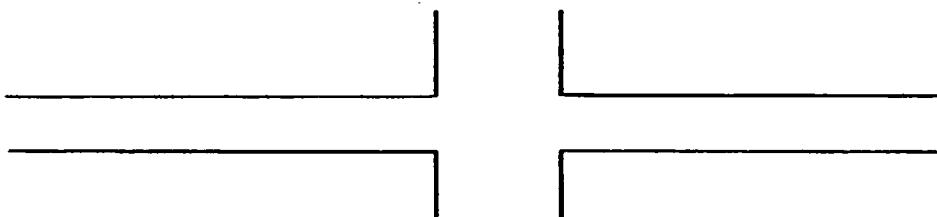
Kejadian 2.

Kejadian 3.

Kejadian 4.

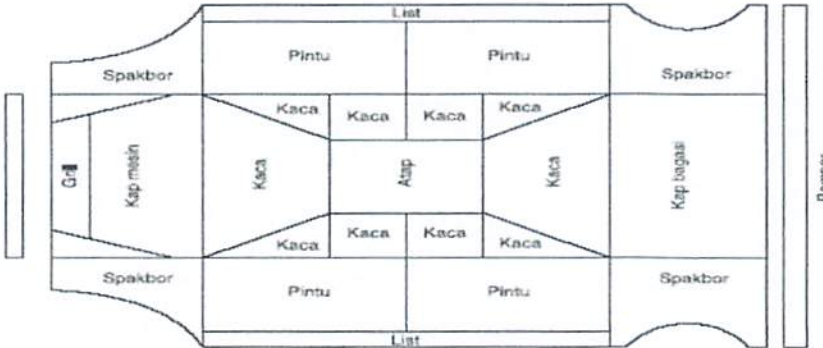
Kejadian 5.

Gambar Sketsa :



Nama Bengkel :
Perkiraan biaya perbaikan : Rp.

Berilah tanda pada bagian kendaraan anda yang mengalami kerusakan :



5. KERUGIAN PADA PIHAK KETIGA :

a. KECELAKAAN DIRI :

Nama, Alamat, Pekerjaan dan atau Copy Identitas Diri Pihak Ketiga yang mengalami kecelakaan :

Perkiraan Biaya Pengobatan Orang yang mengalami kecelakaan :

LAMPIRKAN DOKUMEN :

- Surat Keterangan Kecelakaan dari Pihak Kepolisian Setempat
- Surat Tuntutan Pihak Ketiga
- Kwitansi Biaya Pengobatan dari Pihak yang merawat atau Pihak Rumah Sakit

b. KERUSAKAN HARTA BENDA :

Jenis Harta Benda :

Nama, Alamat, No. Tlp. Pemilik :

Rincian Kerusakan dan Perkiraan Biaya Perbaikan :

LAMPIRKAN DOKUMEN :

- Surat Keterangan Kecelakaan dari Pihak Kepolisian Setempat,
- Surat Tuntutan Pihak Ketiga,
- Foto Kerusakan Kendaraan / Property Pihak Ketiga,
- Copy Identitas Kendaraan dan Pengemudi (STNK & SIM) Pihak Ketiga pada saat kecelakaan,
- Perkiraan biaya perbaikan dari Bengkel atau Pihak yang Memperbaiki,
- Surat Pernyataan Ada Tidaknya Asuransi dari Pihak Ketiga,
-

Saya menyatakan bahwa keterangan yang diberikan benar adanya, dan kami akan bersedia membantu dalam segala hal yang berkaitan dengan masalah-masalah yang akan timbul atau pun yang berkaitan dengan dokumen, dan saya menuntut ganti rugi berdasarkan syarat syarat dan ketentuan yang ada dipolis saya.

Surabaya, 19 Mei 2021

Hormat kami,

(..... SUPRIADI)
Tanda Tangan & Nama Jelas Pengemudi

(.....RS.MATA UNDAAN.SURABAYA.....)
Tanda Tangan & Nama Jelas Tertanggung

COPY

POLICY SCHEDULE
MOTOR VEHICLE INSURANCE - INDIVIDUAL PACKAGE OJK

Disclaimer :

In consideration of the payment of premium and on the basis of written declaration made by the Insured which constitutes an inseparable part of this Policy, the property and/or interests of the Insured described in the Schedule against losses caused by the perils mentioned and described in the terms and conditions printed, attached and/or endorsed hereon in this Policy.

POLICY NO.	: 0401-0210-20-000477	(RENEWAL) Previous Policy No. : 0401-0210-19-000454
THE INSURED	: RS Mata Undaan Surabaya	
CORRESPONDENCE ADDRESS	: Jl. Undaan Kulon 17-19 Surabaya, Jawa Timur	POSTAL CODE :
PERIOD OF INSURANCE	: commencing from October 26, 2020 to October 26, 2021 both days at 12 o'clock noon, local time at the location of the insured property.	
SUB MODEL	:	
REGISTRATION NUMBER	: L1419PR	
ENGINE NUMBER	: 1TRA316549	
CHASSIS NUMBER	: MHFJW8EM7H2334365	
ADDITIONAL EQUIPMENT	: Kaca Film Llumar (film), Fog Lamp, Wing Spoiler with Stop Lamp, Talang air	
ZONE	: Wilayah 3	
YEAR OF MANUFACTURING	: 2017	
COLOUR	: Putih	
MODEL	: KIJANG INNOVA 2.0 G MT	
VEHICLE BRAND	: TOYOTA	
USED	: PRIBADI	
SUM INSURED	: - Kendaraan Bermotor	: IDR 201,000,000.00
	Total	: IDR 201,000,000.00
	- Tanggung Jawab Hukum Terhadap Pihak Ketiga	: IDR 25,000,000.00
	Total	: IDR 25,000,000.00
DEDUCTIBLE	: - Kerugian Sebagian (Partial Loss) dan Kerugian Total (Total Loss) : IDR 300,000.00 - Angin Topan, Badai, Hujan Es, Banjir dan Tanah Longsor (Windstorm, Flood & Landslide) : 10 % dari nilai klaim yang disetujui, Minimal : IDR 500,000.00 - Huru Hara dan Kerusakan (SRCC) : 10 % dari nilai klaim yang disetujui, Minimal : IDR 500,000.00 - Tanggung Jawab Hukum Terhadap Pihak Ketiga : Nil	
EXTENSION CLAUSES	: Polis Standar Asuransi Kendaraan Bermotor Indonesia (PSAKBI) - 100419	
PREMIUM RATE	: Comprehensive (1.7900000000 %) Angin Topan, Badai, Hujan Es, Banjir dan Tanah Longsor (0.0750000000 %) Huru Hara dan Kerusakan (SRCC) (0.0500000000 %) Tanggung Jawab Hukum Terhadap Pihak Ketiga (250,000.00 Flat)	