

Formulir Klaim Kendaraan Bermotor

Auto Claim Form

Mohon agar mengisi seluruh isian pada halaman ini menggunakan huruf kapital. / *Kindly fill in all the fields on this page using the uppercase letter.*

A. Data Tertanggung / Insured Information

1. Nomor Polis <i>Policy Number</i>	<input type="text"/>
2. Nama Tetanggung <i>Name of Insured</i>	<input type="text"/>
3. Tempat dan Tanggal Lahir <i>Place and Date of Birth</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
4. Jenis Kelamin <i>Sex</i>	<input type="checkbox"/> Laki-laki / <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Wanita / <i>Female</i>
5. Nomor Kartu Identitas <i>ID Card Number</i>	(KTP/Paspor) <input type="text"/>
6. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) <i>Tax Registration Number</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
7. Alamat / <i>Address</i>	<input type="text"/>
8. Kota/Kabupaten <i>City/Region</i>	<input type="text"/>
9. Kode Pos / <i>Postal Code</i>	<input type="text"/>
10. Nomor Telepon <i>Phone Number</i>	Rumah / <i>Home</i> Kantor / <i>Office</i> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> Seluler / <i>Mobile</i> <input type="text"/> - <input type="text"/>
11. Alamat Email / <i>E-mail Address</i>	<input type="text"/>
12. Data Kendaraan Bermotor / <i>Vehicle Information</i>	
a. Merek / <i>Brand</i>	<input type="text"/>
b. Jenis / <i>Type</i>	<input type="text"/>
c. Nomor Polisi <i>Police Registration Number</i>	<input type="text"/>
d. Nomor Rangka <i>Chassis Number</i>	<input type="text"/>
e. Nomor Mesin <i>Engine Number</i>	<input type="text"/>
f. Tahun Pembuatan <i>Year of Production</i>	<input type="text"/>

B. Data Klaim / Claim Information

1. Data Pengemudi / <i>Driver Information</i>	
a. Nama / <i>Name</i>	<input type="text"/>
b. Jenis SIM / <i>Type of Driving License</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/>
c. Nomor SIM / <i>Driving License Number</i>	<input type="text"/>
d. Nomor Telepon / <i>Phone Number</i>	Rumah / <i>Home</i> Kantor / <i>Office</i> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> Seluler / <i>Mobile</i> <input type="text"/> - <input type="text"/>
e. Hubungan dengan Tertanggung <i>Relationship with the Insured</i>	<input type="text"/>

2. Data Kecelakaan / *Accident Information*

a. Tanggal Kecelakaan / *Date of Accident* - -

b. Jam Kejadian / *Time of Accident* :

c. Lokasi Kejadian / *Location of Accident*

d. Kecepatan Kendaraan saat Kejadian
Speed of The Vehicle Driven at the Time of Accident

3. Data Pihak Ketiga (Jika Ada Keterlibatan) / *Third Party Information (If Involved)*

a. Nama / *Name*

b. Alamat / *Address*

c. Nomor Telepon / *Phone Number*

Rumah / *Home* - Kantor / *Office* -

Seluler / *Mobile* -

4. Apakah Kecelakaan Dilaporkan Kepada Polisi? / *Was the Accident Reported to the Police?*

Ya / *Yes* Tidak / *No*

5. Lokasi Kendaraan Bermotor Saat Ini
Current Location of the Vehicle

6. Kronologi Kecelakaan / *Chronology of Accident*

C. Pernyataan/Penyerahan Kuasa / *Declaration/Authorization*

Saya/Kami menyatakan bahwa seluruh informasi tersebut di atas diberikan dengan sebenar-benarnya dan Saya/Kami tidak menahan/ menyembunyikan informasi yang mempengaruhi PT Chubb General Insurance Indonesia dalam pertimbangan klaim. Saya/Kami mengerti klaim ini dapat ditolak atau dikurangi jika informasi yang diberikan tidak benar.

I/We declare that the information given in the above are true and complete in every detail and I/We do not withhold any information likely to affect PT Chubb General Insurance Indonesia's consideration of the claim. I/We understand the claim may be refused or reduced if the given information is incorrect.

Saya/Kami mengerti dan menyetujui bahwa PT Chubb General Insurance Indonesia dapat mengumpulkan dan menyimpan data pribadi Saya/Kami atau informasi lainnya untuk kepentingan penelitian, penyelidikan dan perhitungan/penyesuaian klaim, termasuk untuk keperluan survei. Untuk mencapai hal tersebut, Saya/Kami menyetujui dan memberi kuasa kepada PT Chubb General Insurance Indonesia untuk memberikan dan/atau mendapatkan data pribadi Saya/Kami dan/atau informasi lainnya kepada atau dari pihak ketiga baik di dalam maupun di luar wilayah Republik Indonesia, termasuk para penyedia jasa, perusahaan asuransi lain, Asosiasi Asuransi terkait dan/atau perusahaan lain dalam kelompok usaha PT Chubb General Insurance Indonesia.

I/We understand and agree that PT Chubb General Insurance Indonesia can collect and record My/Our personal data or any information for the purpose of claim research, investigation and calculation/ adjustment, including survey purpose. To achieve this, I/We consent to and authorize PT Chubb General Insurance Indonesia to give and/or obtain My/our personal data or any information to or from any third parties in or outside the Republic of Indonesia, including service providers, other insurance companies, related Insurance Association and/or other companies within PT Chubb General Insurance Indonesia's group of business.

Tanda tangan & nama Tertanggung <i>Signature & name of Insured</i>	Tanggal / <i>Date</i>

Chubb. Insured.SM