

**LAPORAN KERUGIAN KECELAKAAN DIRI  
(PERSONAL ACCIDENT CLAIM REPORT)**

(diisi oleh Tertanggung/Pelapor)

- 
1. Tertanggung :  
Nomor Polis :
- 
2. Masa Pertanggungan :
- 
3. Pembayaran Premi Tgl. :
- 
4. Yang Mengalami Kecelakaan  
a. Nama :  
b. Tempat/tgl. lahir :  
c. Alamat :  
d. Pekerjaan :
- 
5. Terjadinya Kecelakaan  
a. Hari/tanggal : Jam :  
b. Lokasi :  
c. Saksi yang ada saat itu :  
d. Apakah kejadian tsb. diketahui pihak berwajib ?  
e. Pada pekerjaan/sedang melakukan kegiatan apa ?
- 
6. Bila Kecelakaan terjadi saat berada di kendaraan  
a. Nomor Kendaraan :  
b. Jenis Kendaraan : Sepeda motor/Sedan/Jeep/bus/ ..... \*  
c. Tertanggung bertindak selaku : Pengemudi/Penumpang/Pembonceng \*  
d. Apakah memiliki SIM : Ya/Tidak \* Jenis & Nomor SIM:
- 
7. Apa yang menyebabkan terjadinya kecelakaan ? :
- 
8. Siapa yang menyebabkan terjadinya kecelakaan ? : \*)  
a. Nama & Alamat :  
b. Kendaraan :  
c. Lain-lain :
- 
9. Jelaskan kronologis kejadian :

10. Dimana perawatan dilakukan : Rumah Sakit/Puskesmas/Poliklinik/Praktek Swasta

a. Nama Dokter yang merawat :

b. Tanggal perawatan pertama :

11. Apakah yang bersangkutan saat ini diasuransikan pada perusahaan asuransi lain ? pada perusahaan mana? berapa nilai pertanggungannya ?

12. Bila laporan inj dibuat bukan oleh yang mengalami kecelakaan

a. Nama pelapor/pembuat :

b. Alamat :

c. Perusahaan/Instansi :

d. Hubungan dengan penderita :

13. Hal-hal lain yang perlu diberitahukan

Dengan ini saya nyatakan bahwa seluruh keterangan di atas adalah benar serta tanpa ada hal-hal yang disembunyikan. Bila ternyata ada keterangan yang tidak benar, maka saya rela dan tidak berhak mendapatkan santunan ganti rugi apapun dan saya memberikan kuasa penuh pada dokter yang mengobati saya untuk memberikan keterangan yang diperlukan.

.....  
Tanda Tangan Tertanggung/Pelapor

(Cap & Nama Jelas)

Catatan : \* Coret yang tidak perlu.

Bersama laporan ini untuk memenuhi persyaratan pengajuan klaim saya sertakan.

1. Kwitansi Asli Biaya Pengobatan
2. Fotocopy Polis/Kartu Asuransi
3. Fotocopy KTP atau Identitas lainnya
4. Fotocopy SIM (Untuk Pengemudi)
5. Surat Keterangan Polisi
6. Surat Keterangan Kematian
7. ....

Dokumen tersebut di atas selambat-lambatnya diserahkan tgl.

**SURAT KETERANGAN DOKTER  
UNTUK PENGOBATAN/PERAWATAN & MENINGGAL DUNIA  
AKIBAT KECELAKAAN**

---

(diisi oleh Dokter)

Dengan ini saya dokter :  
mengingat sumpah jabatan menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Spesialis :

- 
1. Nama penderita : Umur : Tahun
- 
2. Kecelakaan tgl. :
- 
3. Pemeriksaan pertama tgl. :
- 
4. Apakah luka/ meninggal terjadi  
segera/akibat kecelakaan :
- 
5. Apakah ada keadaan (misalnya : penyakit, cacat bawaan, kelalaian dll.)  
yang mempengaruhi atau menambah parah luka yang diderita :
- 
6. Dari hasil pemeriksaan pertama didapatkan  
a. Tempat dan keadaan luka :  
(ditulis juga dalam bahasa latin)  
b. Tindakan medis yang dilakukan :  
(ditulis juga dalam bahasa latin)
- 
7. Perawatan yang diperlukan Rawat nginap/Berobat jalan\*
- 
8. Apakah pengobatan telah selesai ? :  
Berapa lama perawatan yang dibutuhkan ? :
- 
9. Apakah akibat kecelakaan ini bersifat tetap  
atau sementara ? Berapa lama diperkirakan  
akan menjadi sembuh :
- 
10. Apakah akibat kecelakaan ini dapat menyebabkan  
cacat tetap ?
- 
11. Apakah yang bersangkutan masih dapat melakukan  
pekerjaan : Biasa/Ringan/Tidak bisa bekerja sama sekali\*
- 

Dibuat oleh dokter : Rumah Sakit/Puskesmas/Poliklinik/Praktek Swasta\*  
Alamat :

..... 20 .....

Dokter yang merawat  
(cap Dokter/Rumah Sakit)