

KLAIM NO :

SURAT PERNYATAAN DOKTER

<p>1. a. Nama Tertanggung b. Tanda bukti diri No.</p>	<p>a. b.</p>
<p>2. Sebutkan tanggal konsultasi pertama, dan terakhir serta jumlah konsultasi</p>	<p>Pertama: _____ Terakhir : _____ Jumlah konsultasi : _____ kali</p>
<p>3. Jelaskan : a. Sebab terjadinya cedera / luka b. Sifat dan keadaan cedera / luka tersebut</p>	<p>a. b.</p>
<p>4. a. Pengobatan yang diberikan b. Jika memerlukan perawatan di Rumah Sakit/Rumah, sebutkan lamanya</p>	<p>a. b.</p>
<p>5. a. Jelaskan keadaan dari bagian tubuh yang cedera pada waktu sekarang b. Komplikasi yang terjadi bila ada</p>	<p>a. b.</p>
<p>6. Pada waktu kecelakaan tersebut, apakah Tertanggung sedang dalam keadaan dipengaruhi suatu obat atau minuman keras/alkohol/narkotik</p>	<p>a. b.</p>
<p>7. Jika telah dilakukan tindakan operatif a. Tanggal operasi b. Nama dan jenis operasi (Jelaskan secara lengkap)</p>	<p>a. b.</p>
<p>8. a. Berikan keterangan tentang penyakit Lainnya yang mungkin memperpanjang masa perawatan b. Jelaskan tentang keadaan Tertanggung setelah dianggap sembuh, dan jika terjadi cacat/disability .Jelaskanlah</p>	<p>a. b.</p>
<p>Alamat _____ 20__</p>	<p>Tanda Tangan : Nama Dokter : Kualifikasi : Alamat :</p>
<p>Untuk kepentingan identifikasi Tertanggung harus melakukan Tandatangannya di Hadapan Dokter pemeriksa.</p> <p style="text-align: right;">Tanda Tangan : Nama Tertanggung :</p>	

FORMULIR KLAIM KECELAKAAN DIRI

(Formulir ini bukan merupakan bukti persetujuan atas klaim yang diajukan)

Setelah diisi dengan lengkap, mohon segera disampaikan kepada PT. Asuransi Harta aman Pratama Tbk.

1.	a. Nomor Polis b. Nomor Sertifikat (Khusus Polis Group)	a. b.
2.	a. Nama Tertanggung b. Umur c. Pekerjaan/Jabatan d. Alamat Rumah e. Nama dan Alamat Kantor	a. b. c. d. e.
3.	Keterangan mengenai kecelakaan a. Tanggal Kejadiannya b. Tanggal Kejadiannya c. Jelaskan Bagaimana Terjadinya d. Cedera/Luka yang diderita	a. Tanggal : Jam : b. c. d.
4.	Nama dan Alamat Dokter yang merawat Tertanggung dalam kecelakaan tersebut	
5.	a. Bilamana akibat kecelakaan tersebut diperlukan perawatan di Rumah Sakit/di rumah, sebutkan lama perawatannya Sebutkan juga alamat Rumah Sakit tempat b. Tertanggung dirawat (buku perawatan harus dilampirkan untuk penyelesaian klaim Rumah Sakit)	a. Di Rumah Sakit dari Tgl. sd/Tgl. b. Di Rumah dari Tgl. sd/Tgl.
6.	a. Apakah Tertanggung pernah mengajukan klaim asuransi kecelakaan sebelum itu ? b. Apakah Tertanggung memiliki polis asuransi lainnya dengan faedah resiko kecelakaan?	a. b.
7.	Tanggal berapakah Tertanggung mulai bekerja kembali ?	
8.	Keterangan tambahan	

Saksi

..... 20.....
 Tertanggung/yang mengajukan Klaim

(.....)

(.....)