

**FORMULIR KLAIM KENDARAAN BERMOTOR
CLAIM FORM FOR MOTOR VEHICLE INSURANCE**

Pengisian formulir ini tidak mengikat dan belum berarti ganti rugi disetujui. Klaim Anda dapat dipertimbangkan bila formulir ini diisi selengkap dan sebenarnya.

To fill in the form by itself is not binding and no admission of liability. But the claim will only be settled if the provided claim form is duly completed by you.

Nomor Polis Asuransi :
Insurance Policy Number

Periode Polis Asuransi :
Insurance Policy Period

Risiko Sendiri :
Deductible / Own Risk

Nama Tertanggung :
Name of Insured

Alamat / Nomor Telepon :
Address / Phone Number

Alamat email :
Email Address

Jenis / Merek Kendaraan :
Type / Make of Motor Vehicle

Nomor Polisi :
Registration Number

Tahun Pembuatan :
Manufacturing Year

Nomor Mesin :
Machine Number

Nomor Rangka :
Chassis Number

Nama Pengemudi :
Name of Driver

Nomor S.I.M. & Masa Berlaku :
Driving License Number & Expire Date

Alamat Pengemudi :
Address of Driver

Hubungan dengan Tertanggung :
Relation to Insured

Nama Penumpang lainnya :
Name of other passengers

Tanggal Kejadian / Jam :
Date of Accident / Time

Lokasi & Keterangan Kejadian :
Location & Description of Accident

.....

.....

.....

.....

.....

.....

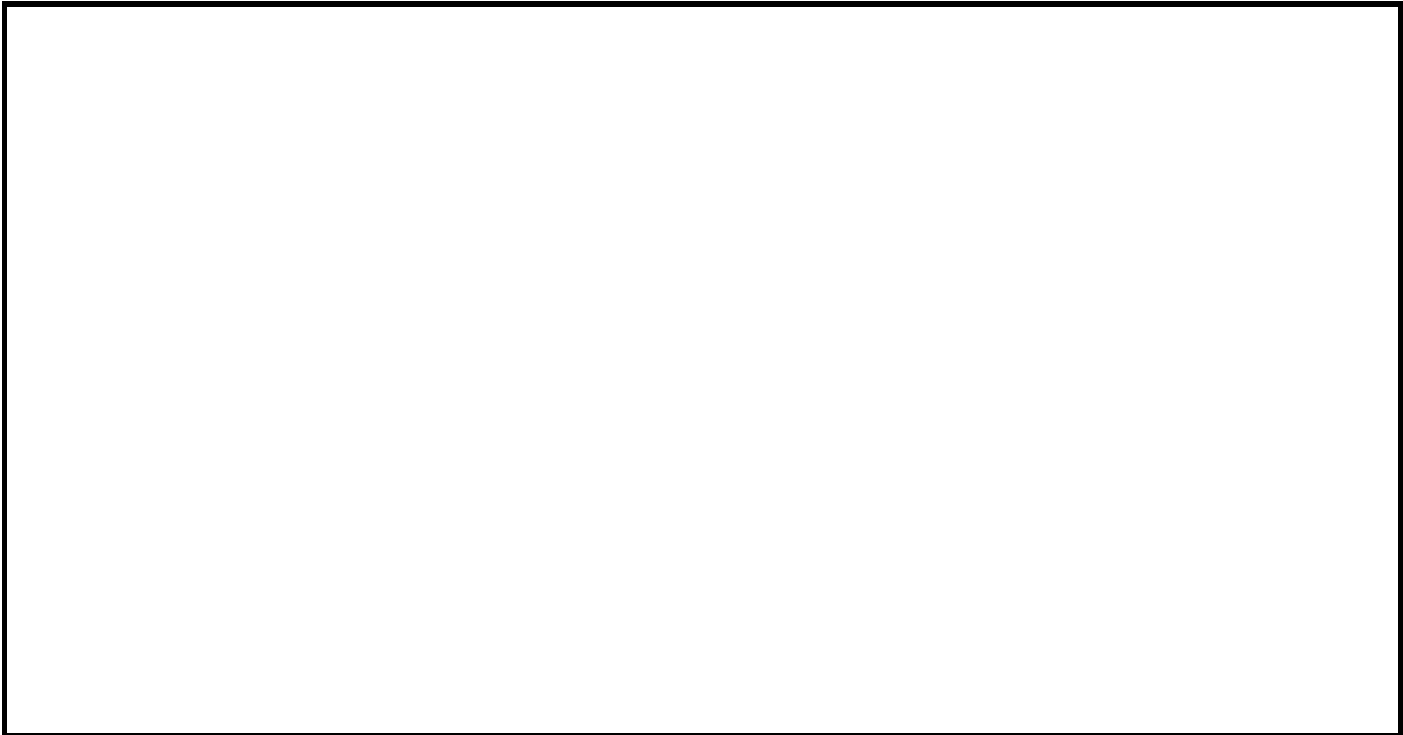
.....

.....

.....

.....

Gambar / *Sketch*



**KERUSAKAN PADA PIHAK KETIGA
DAMAGE TO THIRD PARTY**

Nama dan Alamat Pihak III :
Name and Address of Third Party

Jenis Barang yang rusak :
Property damage

Nama Bengkel :
Name of Repairer

Perkiraan Biaya Perbaikan :
Estimated Repair Cost

Lain - lain :
Others

PERNYATAAN / DECLARATION

Saya / Kami bersama ini menyatakan bahwa keterangan tersebut diatas adalah yang sebenarnya dan selanjutnya menyatakan bahwa kecelakaan tersebut tanpa kesengajaan, perencanaan atau mufakat di pihak saya / kami.
I / We hereby declare that the above statement is true and accurate and I / We further declare that the accident occurred without any intention or procurement on my / our part.

Privasi Data

Dengan menandatangani formulir klaim ini, saya/kami menyetujui data pribadi saya/kami akan digunakan oleh PT Asuransi Allianz Utama Indonesia ("Allianz") maupun afiliasinya dan/atau pihak ketiga yang ditunjuk untuk memfasilitasi proses klaim saya/kami.
 Silahkan kunjungi website Allianz di <http://www.allianz.co.id/data-privasi/prinsip-privasi> untuk melihat Pernyataan Privasi Allianz.

Data Privacy

By signing this claim form, I/we consented that my/our personal data will be used by PT Asuransi Allianz Utama Indonesia ("Allianz"), its affiliates, and/or appointed third parties to facilitate my/our claim process. Please visit Allianz website at <http://www.allianz.co.id/data-privasi/prinsip-privasi> to view Allianz Privacy Statement.

Tempat/*place*, tanggal/*date*

Tanda tangan / *Signature*

(.....)

| | | | | |
|--|-----------------------------------|---|----------------------------------|--|
| Diisi oleh petugas klaim / <i>Filled by Claim Officer</i> | | | | |
| <input type="checkbox"/> Insured data | <input type="checkbox"/> Coverage | <input type="checkbox"/> Insurance Period | <input type="checkbox"/> Premium | <input type="checkbox"/> Notification 5 x 24 hours |
| Repairer : | | | Handled by : | |
| Note : | | | ODS Center : | |