



SOMPO

PT SOMPO INSURANCE INDONESIA

Head Office : MAYAPADA Tower 2, 19th Floor,
Jl. Jend. Sudirman Kav. 27, Jakarta 12920 ; Phone : 021-2500 890, Fax : 021-2500 891, 2500 892

LAPORAN KLAIM ASURANSI KECELAKAAN DIRI

PERSONAL ACCIDENT INSURANCE CLAIM NOTICE

(Setiap pertanyaan harus dijawab dengan lengkap dan pasti)

Each item should be completed correctly

1. No. Polis / Sertifikat
Policy / Certificate No.
2. Nama dan alamat Tertanggung
Name and address of the Insured
3. Bidang usaha
Business
4. Nama karyawan yang mengalami kecelakaan
Name of injured employee
5. Jabatan
Job title
6. Tanggal kejadian
Date of loss/accident
7. Lokasi Kejadian
Location of accident
8. Ceritakan peristiwa terjadinya kecelakaan
Details of accident
.....
.....
9. Tanggal perawatan dokter/ Rumah Sakit
Period of hospitalization
(Harap dilampirkan surat keterangan/diagnosa dokter)
(please attached doctor's diagnosis)
10. Biaya pengobatan (jumlah klaim)
Medical expenses (amount of claimed)

Dibuat dengan sebenarnya di: Tanggal
Made up in good faith at *Date*

Nama Jelas, tandatangan & cap perusahaan
Name, signature & Company's seal