

FORMULIR PERNYATAAN KRONOLOGIS ASURANSI KECELAKAAN DIRI

YANG BERTANDA TANGAN DIBAWAH INI

Nama : _____
 Jabatan : _____
 No. KTP : _____
 Hubungan dengan Peserta : _____
 Nomor Telepon : _____

MENERANGKAN

Nama Peserta : _____
 Umur Peserta : _____
 No KTP Peserta : _____
 Waktu terjadinya kematian/kecelakaan : Tgl/Bln/Thn : ____ / ____ / ____ Pukul : ____
 Tempat Kejadian : _____
 Kronologis kematian/kecelakaan : _____

JENIS PENYEBAB KEMATIAN : (mohon beri tanda V pada pilihan jawaban dibawah ini)

Kecelakaan Lalu Lintas Sakit Lain - lain

PENYEBAB KEMATIAN BERHUBUNGAN DENGAN :

Sakit Kecelakaan Bunuh Diri Pelanggaran Hukum
 AIDS / HIV Kehamilan Olahraga Berbahaya Gangguan Mental

UNTUK KECELAKAAN LALU LINTAS HARAP MENGISI KETERANGAN BERIKUT

Jenis Kendaraan : _____
 Peserta adalah : _____
 PENGENDARA PENUMPANG PEJALAN KAKI

Bila Peserta adalah Pengendara, apakah Peserta memiliki SIM?

MEMILIKI SIM TIDAK MEMILIKI SIM

Jenis SIM yang dimiliki Peserta :

SIM A SIM B SIM C SIM D

***** NB : KHUSUS UNTUK PENGENDARA HARUS MENGIRIMKAN FOTOCOPY SIM SAAT PELAPORAN**

APABILA PESERTA MENINGGAL DIRUMAH MOHON UNTUK MELENGKAPI :

RIWAYAT PENGOBATAN

Tempat Berobat : _____
 Nama Dokter : _____
 Keluhan : _____
 Resep Obat yang diberikan dokter : _____

INFORMASI PEMAKAMAN

Nama Tempat Peserta Dimakamkan : _____
 Alamat Pemakaman : _____
 Nomor telepon : _____

Saya menyatakan bahwa seluruh informasi diatas adalah benar menurut keyakinan saya dan dapat dipertanggungjawabkan,

Yang memberikan pernyataan,

Pihak Keluarga/Wakil Peserta/Peserta

Pihak RS / Ketua RT / Ketua RW

Tanda tangan dan nama jelas

Tanda tangan, Cap dan Nama Jelas