

FORMULIR KLAIM ASURANSI PENGANGKUTAN
MARINE CARGO CLAIM FORM

INFORMASI UMUM
GENERAL INFORMATION

No. Polis
Policy No. :

No. Sertifikat
Certificate No. :

Nama Tertanggung
The Insured :

Alamat Tertanggung
Address of The Insured :

Penanggung Jawab Korespondensi
Person in Charge : 1) Nama
Name :

Alamat Korespondensi
Correspondence Address :

No. Telepon
Phone No. :

2) Nama
Name :

Alamat Korespondensi
Correspondence Address :

No. Telepon
Phone No. :

Hari & Tanggal Kejadian/Kerugian
Day & Date of the Incident :

Jam Kejadian/Kerugian
Time of the Incident :

Tempat Kejadian/Kerugian
Place of the Incident :

Estimasi Jumlah Kerugian
Estimation of the Loss :

Penyebab Kejadian/Kerugian
Cause of the Incident :

Kronologis Kejadian/Kerugian
Chronology of the Incident :

AG Insurance/Claims/MC Form

Hari & Tanggal Pelaporan
Day & Date Report of the Loss :

PERTANYAAN-PERTANYAAN
QUESTIONAIRES

- 1) Apakah Tertanggung memiliki polis asuransi lainnya untuk pertanggungan yang sama? Jika ada, agar disebutkan?
Does the Insured has other insurance policy for the same interest? If yes, please state?
.....
- 2) Apakah Tertanggung menggunakan jasa angkut pihak ketiga? Jika ya, mohon diijelaskan?
Does the Insured had used service of third party carrier(s)? If yes, please explain?
.....
- 3) Apakah Tertanggung memiliki kontrak/perjanjian kerjasama dengan pihak jasa pengangkut? Jika ya, sejak kapan?
Does the Insured had a contract with third party carrier(s)? If yes, since when?
.....

DOKUMEN-DOKUMEN YANG DIBUTUHKAN
DOCUMENTS REQUIREMENT

(Jika diperlukan, Penanggung masih memiliki hak untuk meminta dokumen-dokumen tambahan lainnya di luar formulir ini)
(If required, the Insurer still have right to ask any additional documents outside this form)

DOKUMEN-DOKUMEN UMUM
GENERAL DOCUMENTS

- 1) Fotocopy bukti pembayaran premi asuransi
Copy of insurance premium payment evidence
- 2) Surat Tuntutan Klaim asli dari Tertanggung
Original Claim Letter from the Insured
- 3) Surat Kuasa asli dari Tertanggung (jika yang mengajukan klaim bukan Tertanggung)
Original Authorized Letter from the Insured (if the claimant is not the Insured)
- 4) Kronologi kecelakaan
Chronology of the Incident
- 5) Fotocopy KTP / Paspor Tertanggung (hanya untuk nasabah perorangan)
Copy of the Insured's ID Card / Passport (for individual Insured only)
- 6) Fotocopy 'Invoice' dari obyek yang dipertanggungkan
Copy of Invoice of the Interest
- 7) Fotocopy 'Bill of Lading (B/L)' dari obyek yang dipertanggungkan
Copy of Bill of Lading (B/L) of the Interest
- 8) Fotocopy 'Packing List' dari obyek yang dipertanggungkan
Copy of Packing List of the Interest

DOKUMEN-DOKUMEN KHUSUS
SPECIAL DOCUMENTS

- 1) Fotocopy Laporan dari Kepolisian setempat (jika diperlukan, tergantung dari jenis kerugian)
Copy of Local Police Report (if necessary, depend on type of the Incident)
- 2) Fotocopy Surat tuntutan kepada pihak jasa pengangkutan
Copy of Charge/Sue Letter to the Shipper(s)/Carrier(s)
- 3) Fotocopy tanggapan terhadap surat tuntutan dari pihak jasa pengangkutan
Copy of response to the Charge/Sue letter from the Shipper(s)/Carrier(s)

Kami masih memiliki hak untuk meminta dokumen/informasi tambahan dan/atau pengganti jika dibutuhkan
We still reserve the right to ask for additional and/or surrogate documents/information as necessary

Pengisian formulir klaim ini dan/atau pelengkapan dokumen-dokumen pendukung klaim tidak membuat Penanggung secara otomatis mengakui adanya kewajiban untuk memproses klaim ini lebih lanjut. Penanggung memiliki hak untuk menolak klaim ini sesuai dengan persyaratan dan ketentuan polis yang berlaku.

Filling this claim form and/or to complete the claim supporting documents does not make the Insurer automatically admitted any liability to proceed the claim further. The Insurer have the right to decline this claim according to the terms & conditions of the policy which is applied.

Saya / Kami menyatakan bahwa semua pernyataan dan/atau keterangan yang ada pada formulir ini adalah benar. Jika ada pernyataan dan/atau keterangan yang tidak benar pada formulir ini, maka Saya / Kami setuju bahwa PT. ARTHAGRAHA GENERAL INSURANCE tidak wajib untuk membayar dan mempertimbangkan klaim ini.

I / We hereby declare that all statements and/or information in this form are true. If there is any false, incorrect or misleading statements and/or information, then I / We agreed that PT. ARTHAGRAHA GENERAL INSURANCE is released from any liability to pay this claim(s).

Ditandatangani di / signed at :

Tanggal / date on :

Nama Jelas / Clear Name :

Tanda tangan yang berwenang / Authorized Signature:
(dilengkapi stempel perusahaan jika mewakili perusahaan)
(complete with company seal if act as company representative)

(.....)