

LAPORAN KLAIM ASURANSI
CLAIM FORM - LIABILITY INSURANCE



Bersama ini Saya/Kami kirimkan pengajuan klaim Saya/Kami seperti disebutkan dibawah dengan permohonan Anda dapat membuat penyelesaian klaim ini dalam waktu singkat

<u>Nama Tertanggung</u> Name of Insured	_____
<u>Alamat Tertanggung</u> Insured Adress	_____ _____ _____
<u>No. polis</u> Policy No	_____
<u>Periode pertanggungan</u> Period of insurance	_____
<u>Tanggal dan Waktu Kejadian</u> Date Off Loss	_____
<u>Tempat Kejadian</u> Risk Location	_____
<u>Penyebab Kejadian</u> Loss Description	_____ _____ _____ _____ _____
<u>Jumlah Kerugian</u> Claim Amount	_____

DENGAN INI SAYA MENJAMIN KEBENARAN DARI PERNYATAAN SAYA TERSEBUT DI ATAS
I HEREBY WARRANT THE TRUTH OF THE FOREGOING STATEMENTS

Tanggal
Date

Tanda Tangan
Signed