
CLAIM FORM MARINE CARGO INSURANCE

Harap Formulir Klaim diisi dan segera dikembalikan kepada Penanggung.
Please complete and return this claim form immediately to the company.

TERTANGGUNG / THE ASSURED :

Nama / *Name* : _____
Alamat Kantor / *Office address* : _____
Alamat Gudang / *Warehouse address* : _____

POLIS ASURANSI PENGANGKUTAN / MARINE CARGO POLICY :

Nomor Polis / *Policy Number* : _____
Kondisi Pertanggungan : _____
(Lingkari salah satu / *Please circle one*)

1. ICC "A" 2. ICC "B" 3. ICC "C" 4. Land Transit Cover "A" 5. Land Transit Cover "B"

Nilai Pertanggungan / *Sum Insured* : _____

OBYEK PERTANGGUGAN / INTERESTS INSURED :

Deskripsi barang / *Descriptions* : _____
Nomor BL / *BL Number* : _____
Nomor Packing List / *Packing List Number* : _____

ALAT ANGKUT / CONVEYANCE :

Nama Kapal (Truk) / *Vessel (Truck)* : _____
Perjalanan / *Voyage* : _____
Tanggal berangkat / *Sailing Date* : _____

RINCIAN KEJADIAN / DETAILS OF ACCIDENT :

Tempat / *Place* : _____
Tanggal & Jam / *Date & Time* : _____
Saat diketahui / *When discovered* : _____
Dugaan sebab Kejadian / *Supposed caused of accident* : _____

Pihak yang bertanggung jawab / *Responsible parties* : _____

Saksi – saksi / *Witnesses* : _____

PERINCIAN KERUGIAN / DETAIL OF LOSS :

Kerugian yang diderita / *Type of Loss* :

Nama, jenis dan nilai kerugian barang / *Marks, type and value of affected goods* :

TINDAKAN AWAL YANG DIAMBIL / INITIAL MEASURES TAKEN :

Pengamanan lebih lanjut / *Further protection*

Pengajuan tuntutan kepada / *Submission of claim against*

OBYEK PERTANGGUNGAN / INTEREST INSURED :

Saya / kami dengan ini menerangkan bahwa keterangan – keterangan tersebut di atas adalah benar dan sesuai dengan kenyataannya, dan bahwa saya tidak memiliki polis asuransi lainnya yang berhubungan dengan kejadian ini. Saya / kami berjanji akan memberikan bantuan sepenuhnya kepada pihak asuransi dalam penyelesaian persoalan ini.

(I / We hereby declare the foregoing particulars to be true in every respect and that I / We have not other policy of insurance indemnifying me / us in respect of this incident. I / We undertake to give the company all assistance in my / our power in dealing with the matter.)

Tanggal / *Date* : 20.....

Tanda tangan (Stempel) / *Signature (Company Stamp)*