
FORMULIR KLAIM

Claim Form

1. Nama Tertanggung
Name of Insured

Alamat
Address

Telephone No

2. Nomor Polis
Policy No

3. Objek Pertanggung
Insured Interest

4. Okupasi
Occupation

5. Tanggal dan jam terjadinya kerugian
Date and time of loss

6. Sebab terjadinya kerugian/jelaskan kronologinya
Cause of loss/chronology

7. Apakah ada pihak lain yang
berkepentingan terhadap objek
yang dipertanggung?
*Are there any persons interested
in the property?*

Jika ada sebutkan nama dan
kepentingannya
*If so, state name (s) and
interest (s)*

Apakah objek tersebut juga
dipertanggungjawabkan pada maskapai
asuransi lain?

*Are there any other insurances in
force covering the property?*

Jika ya, sebutkan nama, alamat
maskapai asuransi tersebut serta
nomor polis

*If so, state name, address of insurer (s)
and policy no (s)*

8. Rincian taksiran klaim
Detail of estimated claim

-
9. Nama dan alamat saksi-saksi
Name and address of witnesses

-
10. Laporan Polisi
Police Report

-
11. Keterangan lain
Any additional information

Demikian pernyataan tersebut di atas, saya/kami buat dengan sebenarnya
I/We hereby declare that the information given above is true

Tanda tangan dan nama terang
Signature and full name

Tanggal
Date

“Mohon segera dikirimkan kembali ke nomor fax (021) 386 4737 atau email ke
KlaimNonMBU@sinarmas.co.id”

“Please promptly send it back to fax number (021) 386 4737 or email to
KlaimNonMBU@sinarmas.co.id”