

PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk

Graha Zurich Lt.4 Jl. MT. Haryono Kav 42 Jakarta 12780
 Tel.: (62-21) 2966 7373 (Hunting) – Fax : (62-21) 2966 7345

FORM KLAIM LIABILITY / LIABILITY CLAIM FORM

NOTE :

- a. Penerbitan formulir ini tidak dapat dianggap sebagai pengakuan tanggung jawab oleh Penanggung.
Issuing of this form is not to be taken as an admission of liability by the Insurer.
- b. Semua komunikasi tertulis yang diterima oleh anda tentang kecelakaan harus diteruskan sekaligus kepada perusahaan.
All written communications received by you concerning the accident should be forwarded unanswered at once to the Company.
- c. Semua pertanyaan (kecuali apabila tidak dapat diterapkan), harus diisi dengan lengkap.
All question (unless obviously inapplicable) should be fully answered.

1	Nama Tertanggung <i>Name of Insured</i>	
2	Alamat <i>Address</i>	
3	Bisnis <i>Business</i>	
4	Tanggal, waktu dan tempat kejadian <i>Date, hour, and place of accident</i>	
5	Kapan dan oleh siapa kerugian tersebut dilaporkan kepada Anda? <i>When and by whom was accident reported to you?</i>	
6	a. Kronologis lengkap tentang kerugian <i>Full description of Accident</i> b. Mesin yang digunakan pada saat kejadian <i>The machinery used at that time</i>	
7	Penyebab dan tingkat dari cedera atau kerusakan <i>Nature and extent of injury or damage</i>	
8	Apakah klaim ditujukan kepada Anda? Jika ya, oleh siapa & berapa nominalnya? <i>Has a claim been made against you?</i> <i>If so, by whom & for what amount?</i>	

9	Jika ada, menurut pendapat Anda, apakah ada orang lain yang berkontribusi atas kelalaian ini? Jika ya, harap untuk dijelaskan. <i>Was there, in your opinion, contributory negligence on the part of any other person? If so, please give particulars.</i>	
10	Nama & alamat saksi saat kejadian <i>Names and addresses of witnesses of the accident.</i>	
11	Langkah apa yang telah dilakukan untuk memperbaiki kerusakan <i>What steps are being taken to rectify the damage</i>	
12	Apakah akibat dari kejadian ini juga dipertanggungjawabkan dengan perusahaan asuransi lain? Jika ya, harap lengkapi nama perusahaan dan nilai pertanggungan <i>Are there any other Policies of Insurance in force indemnifying you in respect of this accident? If so, please give particulars.</i>	
13	Berikan nomor Polisi yang melakukan pemeriksaan <i>Give number of the policemen who took particulars.</i>	

Saya menyatakan bahwa pernyataan di atas adalah laporan yang benar sejauh pengetahuan dan keyakinan saya.

I certify that the foregoing statement is a true account to the best of my knowledge and belief.

.....

(.....)

Tanda Tangan Tertanggung
Signature of Insured / Claimant

Kirimkan dokumen klaim kepada / *Please send the claim document to :*

Document Management Dept.

PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk

Graha Zurich Lantai 4

Jl. MT. Haryono Kav. 42

Jakarta 12780

Informasi lebih lanjut hubungi /

for further information, contact us at :

Zurich Care

Telp : 1500 456

WA : 0812 111 3456