PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk

Graha Zurich

Jl. MT Haryono Kav.42 Jakarta 12780 – Telp : (62-21) 29667373 (Hunting) – Fax : (62-21) 29667345, 29667374

FORMULIR KLAIM (Others COB)

Others COB Claim Form

1. Nama Tertanggung :
   Name of Insured

2. Nomor Polis :
   Number of Insurance Policy

3. Nilai Pertanggungan :
   Sum of the Insured Amount

4. Objek Pertanggungan :
   Subject Matter of Insurance

5. Tanggal Kejadian :
   Date of Loss

6. Deskripsi Kerugian :
   Description of Loss

7. Penyebab Kerugian :
   Cause of Loss

8. Lokasi Kejadian :
   Location of Loss

9. PIC yang dapat dihubungi untuk survey klaim :
Person in Charge could be contacted for Claim Survey

No. Telp/HP :
Telephone/Handphone No.

11. Estimasi Klaim :
Claim Estimation

Dibuat dengan sebenarnya :
Made on in good faith at

Tanggal :
Date

Nama Lengkap / *Full Name*

Disaksikan dan disetujui oleh
Testified and Agreed by

(.....)

Lampiran :
Attachment