

**LAPORAN KLAIM ASURANSI ALAT BERAT**  
**CLAIM FORM - HEAVY EQUIPMENT INSURANCE**

1. Tertanggung wajib memperhatikan ketentuan – ketentuan dan kondisi yang tertera pada polis  
*The Insured should examine the terms and conditions of policy*
2. Formulir ini harus diisi secara lengkap dan ditandatangani oleh Tertanggung. Formulir yang telah lengkap harus dikirimkan kepada Penanggung dalam waktu tujuh (7) hari dari tanggal diterimanya formulir ini.  
*This claim form should be completed and signed by the Insured. The completed form should be returned to the Company within seven (7) days of its receipt by the insured.*
3. Penerbitan formulir ini oleh pihak penanggung tidak boleh dianggap sebagai pengakuan atas dijaminnya kerugian Tertanggung  
*The issue by the Company of this form is not to be taken as an admission of liability.*

No. polis

*Policy No*

Periode pertanggungan

*Period of insurance*

Nama Tertanggung

*Name of Insured (In Full)*

Jenis, merek ,dan tipe alat berat yang dipertanggungkan

*Detail of the insured heavy equipment*

Total Nilai Pertanggungan

*Total Sum Insured*

No. Telepon

*Telephone No.*

Alamat E-mail

*Contact E-mail address*

Alamat

*Business address*

Orang yang dihubungi

*Person to contact*

Jenis, merek, dan tipe alat berat yang rusak/hilang

*Detail of the affected heavy equipment*

Kapan dan dimana lokasi kejadian?

*When and where did it happen?*

Tanggal

*Date*        /        /       

Waktu



Time \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ AM / PM

Lokasi

Location

Nama pengemudi/operator alat berat pada saat kejadian  
*Name of the affected heavy equipment operator / driver*

Penyebab kejadian  
*Cause of damage/loss*

Kapan kejadian tersebut pertama kali dilaporkan kepada Anda?  
*When was the incident first reported to you?*

Tanggal pemberitahuan kejadian kepada polisi  
dan alamat kantor polisi (jika ada)  
*Give the date the police were advised*  
*and the location of the station*  
*(if applicable)*

Nama, alamat, dan no. telp saksi yang menyaksikan kejadian  
*Name, address, and phone no. of the witnesses who initially*  
*discover the incident?*

Harap jelaskan secara singkat kronologi kejadian  
*Please provide us with a brief description of the incident*

Estimasi nilai kerugian yang diderita  
*Loss estimation*

Apakah ada perusahaan asuransi lain yang menjamin objek  
Pertanggungan ini pada saat kejadian?  
Jika ya, sebutkan nama perusahaan asuransi tersebut dan  
jenis polis asuransinya  
*Were there any other insurance in force covering the property at*  
*the time of the loss? If so, give particulars and name of company.*

Apakah Anda pernah mengalami kejadian pencurian, kehilangan,  
atau kerusakan pada objek tersebut sebelumnya?



Have you previously sustained any theft, loss or damage to property? \_\_\_\_\_

Jika ya, apakah kejadian tersebut dilaporkan kepada asuransi?  
Sebutkan nama perusahaan asuransi, ringkasan kejadian, dan  
jumlah ganti rugi yang diberikan oleh perusahaan asuransi

*If so, was a claim made upon any insurer? Name of insurer,  
nature of any loss, and amount paid should be recorded.* \_\_\_\_\_

**DENGAN INI SAYA MENJAMIN KEBENARAN DARI PERNYATAAN SAYA  
TERSEBUT DI ATAS**

***I HEREBY WARRANT THE TRUTH OF THE FOREGOING STATEMENTS***

Saya menyadari formulir klaim ini akan digunakan sebagai dasar dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari polis. apabila informasi, jawaban, keterangan dan/atau dokumen ternyata tidak benar, tidak lengkap, tidak terkini, dan/atau tidak sesuai kenyataannya, maka bertanggung sepakat dan menyetujui penanggung berhak menolak setiap klaim ganti rugi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian nilai klaim ganti rugi sehubungan dengan hak penanggung serta berhak untuk membatalkan dan mengakhiri polis dengan mengesampingkan pemberlakuan pasal 1266 dan pasal 1267 Kuhperdata serta peraturan lainnya yang mensyaratkan pembatalan atau pengakhiran polis melalui putusan pengadilan

*I acknowledge that this claim form will be used as a basis and is an integral part of the policy. If the information, answers, descriptions and/or documents are proven to be incorrect, incomplete, out of date, and/or not in accordance with the reality, then the insured agrees and agrees that the insurer has the right to reject any compensation claim submitted and not to pay all or part of the value of the compensation claim in connection with the insurer's rights and has the right to cancel and terminate the policy by waiving the application of article 1266 and article 1267 of the Civil Code and other regulations requiring cancellation or termination of the policy through a court decision*

Tanda Tangan

*Signed*

\_\_\_\_\_

Tanggal

*Date*

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_