

FORMULIR KLAIM

Asuransi Kecelakaan Diri



Informasi Tertanggung

Nama Tertanggung: _____ No. Polis: _____
Alamat: _____ Telp: _____ atau _____
Nama Perusahaan (bila diasuransikan oleh Perusahaan) Email: _____

Keterangan Kecelakaan

- 1 Tanggal terjadinya kecelakaan : ____ / ____ / ____ (tgl/bln/thn)
- 2 Jenis Kecelakaan : Kecelakaan Lalu Lintas
 Kecelakaan Kerja
 Kecelakaan Lainnya
- 3 Tempat Kecelakaan : _____
- 4 Gambaran cedera yang terjadi akibat Kecelakaan : _____
- 5 Kronologis kejadian
- 6 Apakah Anda dijamin oleh Asuransi lain : Ya Tidak
Jika Ya, Mohon sebutkan nama Asuransi Tersebut : _____

Deklarasi & Surat Kuasa

Saya/Kami menyatakan bahwa sepengetahuan saya/kami semua keterangan yang saya/kami berikan dalam formulir klaim ini dan semua lampirannya adalah benar dan sejujurnya. Selanjutnya saya/kami setuju bahwa jika saya/kami membuat atau dalam pernyataan selanjutnya sehubungan dengan klaim tersebut terdapat unsur pemalsuan atau penipuan atau mendiamkan, menyembunyikan atau memberikan pernyataan yang salah mengenai materi fakta dengan cara apapun, maka polis menjadi batal, dan semua hak untuk mendapatkan ganti rugi berdasarkan polis ini untuk klaim yang lalu maupun yang akan datang akan hilang.

Dengan ini Saya/Kami memberi kuasa penuh pada setiap Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Perusahaan Asuransi, Organisasi, Instansi atau individu lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan dan kesehatan Saya / Tertanggung untuk memberitahukan kepada PT Zurich Insurance Indonesia atau wakilnya yang berwenang.

Saya/Kami mengizinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi tentang saya/kami yang tersedia, diperoleh, atau disimpan oleh Penanggung, kepada pihak – pihak lain yang memiliki hubungan kerja sama dengan penanggung dalam kaitan dengan klaim saya/kami. Fotokopi dari surat kuasa ini dianggap sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama dengan aslinya.

Tanggal

Tanda tangan Pasienn / yang mengajukan klaim

Tanda tangan Tertanggung

materai
Rp. 6000

**Surat Keterangan Dokter
(untuk di isi oleh Dokter)**

- 1 Nama Pasien :
Tempat Tanggal Lahir :
Alamat :

- 2 Tanggal Kecelakaan :

- 3 Tanggal Pemeriksaan :

- 4 Berdasarkan Hasil Pemeriksaan
 - a Keadaan, tempat dan ukuran luka-lukanya

 - b. Diagnosis

- 5 Jelaskan sebab dari luka yang diderita :

- 6 Apakah kondisi tersebut disebabkan langsung oleh kecelakaan :

- 7 Apakah Akibat dari cedera akan bersifat sementara atau permanen :
 Sementara
 Permanen
Penjelasan tambahan :

- 8 Apabila kecelakaan menyebabkan kematian, mohon sebutkan sifat luka penyebabnya :

- 9 Apabila Pasien mengalami cacat tetapi tidak mengakibatkan kehilangan anggota tubuh, mohon sebutkan kecacatan tersebut : %

- 10 Tanpa mengindahkan luka tersebut, apakah pasien pada saat ini atau pada saat terjadinya kecelakaan, menderita suatu penyakit :
 Ya Tidak Jika Ya, Mohon sebutkan :
 - a) Sifat Penyakit :

 - b) Lama penyakit itu mungkin diderita :

 - c) Besarnya pengaruh penyakit atas kesembuhan pasien dari lukanya :

Tindakan medis yang dilakukan

(bila ada tindakan pembedahan, mohon tuliskan nama operasi dan tanggal pembedahan)

_____, ____ / ____ / _____ (tempat/ tanggal)

(Nama jelas & Tantangan Dokter, stempel Rumah sakit / Klinik)

Cara Pembayaran Klaim

Nama Pemegang Polis : _____

No. Polis : _____

Informasi Bank

Nama Bank - Cabang : _____

No. Rekening : _____

Atas Nama : _____

***PT Zurich Insurance Indonesia merupakan perusahaan asuransi umum yang terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan Indonesia.
PT Zurich Insurance Indonesia is a general insurance company registered and supervised by the Indonesia Financial Services Authority***