

## FORMULIR PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KECELAKAAN DIRI

Nama Peserta \_\_\_\_\_ No. Kepesertaan \_\_\_\_\_ NIK \_\_\_\_\_  
 Alamat \_\_\_\_\_ No. hp/tlp \_\_\_\_\_  
 Jika diajukan oleh penerima manfaat :  
 Nama Pengaju Klaim \_\_\_\_\_ Hubungan dengan peserta \_\_\_\_\_ No. hp/tlp pengaju klaim \_\_\_\_\_  
 Alamat \_\_\_\_\_

<p><b>Jenis klaim yang diajukan (v)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Meninggal dunia akibat kecelakaan  <input type="checkbox"/> Cacat tetap total akibat kecelakaan  <input type="checkbox"/> Cacat tetap sebagian akibat kecelakaan  <input type="checkbox"/> Biaya pengobatan  <input type="checkbox"/> Santunan harian rawat inap akibat kecelakaan</p> <p>Saya lampirkan dokumen klaim sebagai berikut (v)</p> <p><input type="checkbox"/> Dokumen Umum:  <input type="checkbox"/> Copy kepemilikan buku tabungan  <input type="checkbox"/> Copy bukti kepesertaan  <input type="checkbox"/> Copy KTP peserta  <input type="checkbox"/> Dokumen spesifik sesuai dengan jenis klaim</p>	<p><b>Dokumen Spesifik (v)</b></p> <p><b>Santunan harian rawat inap Rumah Sakit</b>  <input type="checkbox"/> Surat keterangan rawat inap dari RS  <input type="checkbox"/> Surat keterangan medis dari dokter</p> <p><b>Penggantian biaya pengobatan</b>  <input type="checkbox"/> Kuitansi asli dari RS  <input type="checkbox"/> Surat keterangan medis dari dokter</p> <p><b>Santunan cacat tetap</b>  <input type="checkbox"/> Surat keterangan medis dari dokter</p> <p><b>Santunan meninggal dunia</b>  <input type="checkbox"/> Asli surat keterangan kematian / Akta Kematian  <input type="checkbox"/> Dokumen yang menunjukkan ahli waris yang sah  <input type="checkbox"/> Fotocopy KTP ahli waris pengaju klaim &amp; bertanggung  <input type="checkbox"/> Berita acara dari kepolisian (apabila meninggal dunia oleh sebab yang tidak wajar)  <input type="checkbox"/> Asli Surat keterangan Dokter</p>
--	---

**MOHON JAWAB PERTANYAAN DI BAWAH INI :**

- Tanggal kecelakaan \_\_\_\_\_
- Periode rawat inap \_\_\_\_\_
- Jenis penyakit atau cedera yang diderita \_\_\_\_\_
- Jenis pembedahan atau operasi yang dilakukan \_\_\_\_\_
- Apakah klaim yang dilakukan disebabkan oleh hal-hal berikut ini (v)
 

a. Sebab kehamilan, melahirkan, keguguran dan komplikasi lainnya	Ya	Tidak		Ya	Tidak
b. Sengaja melukai diri, bunuh diri, percobaan bunuh diri dan tindakan kriminal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Olahraga ekstrim dan terlatih	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pebuatan kejahatan atau tindakan kriminal oleh kerabat atau ahli waris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Sebab virus HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Apakah ini klaim yang pertama yang anda ajukan ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Perang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika ini bukan klaim pertama, mohon disebutkan manfaat yang telah dialami dan diterima sebelumnya (v)

1. Meninggal dunia akibat kecelakaan <input type="checkbox"/>	4. Biaya pengobatan <input type="checkbox"/>
2. Cacat tetap total akibat kecelakaan <input type="checkbox"/>	5. Santunan harian rawat inap akibat kecelakaan <input type="checkbox"/>
3. Cacat tetap sebagian akibat kecelakaan <input type="checkbox"/>	

### SURAT KUASA

Saya menyatakan bahwa semua keterangan yang saya berikan dalam formulir klaim ini dan semua lampiran adalah benar dan jujur. Selanjutnya saya setuju bahwa jika saya membuat atau dalam pernyataan selanjutnya sehubungan dengan klaim tersebut terdapat unsur pemalsuan atau penipuan atau mendiamkan, menyembunyikan, atau memberi petunjuk mengenai materi fakta dengan cara apapun maka jaminan asuransi menjadi batal, dan semua hak untuk mendapat ganti rugi berdasarkan sertifikat asuransi ini akan hilang. Dengan ini saya memberi kuasa kepada rumah sakit, atau dokter atau orang yang memeriksakan atau mengobati saya untuk melengkapi keterangan yang diperlukan perusahaan atau perwakilannya. Seluruh keterangan yang bersangkutan dengan suatu penyakit atau kecelakaan, riwayat kesehatan, dan salinan dari seluruh dokumen rumah sakit atau kesehatan, fotokopi dari surat kuasa ini akan diperlakukan sesuai dengan aslinya.

Tanggal \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
tempat tgl bln thn Nama & ttd peserta/pengaju klaim

### VERIFIKASI DATA-HANYA DIISI PERTUGAS

Masa berlaku pertanggunggaan \_\_\_\_\_ sampai dengan \_\_\_\_\_  
tgl bln (huruf) thn tgl bln (huruf) thn

**Manfaat Pertanggunggaan Asuransi :**

<b>Asuransi Kecelakaan Diri</b>	
1. Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan	Rp. 5.000.000,-
2. Cacat Tetap Total Akibat Kecelakaan	Rp. 5.000.000,-
3. Cacat Tetap Sebagian Akibat Kecelakaan	Rp. 5.000.000,-
4. Biaya Pengobatan	Rp. 500.000,-
5. Santunan Harian Rawat Inap Akibat Kecelakaan	Rp. 100.000,-/hari

Mohon kirim ke rekening dibawah ini:  
 Nama Peserta \_\_\_\_\_  
 Nama Bank \_\_\_\_\_ No. Rekening \_\_\_\_\_ Rek Atas Nama \_\_\_\_\_

Mohon kirimkan formulir klaim ini berikut dokumen klaim lainnya ke PT. Zurich Insurance Indonesia  
 PT Zurich Insurance Indonesia merupakan perusahaan Asuransi Umum yang terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan Indonesia (OJK).