

Formulir Klaim Asuransi Mikro Mobilite/Motolite

Mobilite/Motolite Micro Insurance Claim Form

- Form ini digunakan untuk produk Asuransi Motolite dan Mobilite, termasuk seluruh produk turunan yang terkait.
This form is used for Motolite and Mobilite Insurance products as well as other related derivative products.
- Mohon lengkapi semua data di Formulir Klaim dengan benar dan jelas.
Please complete all information in the Claim Form accurately and clearly.
- Apabila ruang pada formulir tidak mencukupi, Anda dapat menggunakan kertas tambahan dan melampirkannya bersama Formulir Klaim.
If the space provided on the form is insufficient, you may use an additional sheet of paper and attach it to the Claim Form.

A. DETAIL TERTANGGUNG / INSURED'S DETAILS

No. Polis <i>Policy No.</i>			
Jenis Polis <i>Policy Type</i>	☐ Mikro Mobilite untuk Mobil <i>Micro Mobilite for Car</i>	☐ Mikro Motolite untuk Motor <i>Micro Motolite for Motorcycle</i>	
Nama Tertanggung <i>Insured's Name</i>			
Nomor Identitas (KTP/SIM/Paspor) <i>Identity Number (ID Card/Driver License/Passport)</i>			
Alamat <i>Address</i>			Kode pos <i>Postal Code</i>
No. Telepon/HP <i>Phone Number</i>		Alamat Email <i>Email Address</i>	

B. DETAIL YANG MENGAJUKAN KLAIM / CLAIMANT'S DETAILS

Tidak perlu mengisi bagian ini jika yang mengajukan klaim adalah Tertanggung.
No need to fill in this section if claimant is the Insured.

Nama yang Mengajukan Klaim <i>Claimant's Name</i>			
Nomor Identitas (KTP/Paspor) <i>Identity Number (ID Card/Passport)</i>			
Hubungan dengan Tertanggung <i>Relationship with the Insured</i>	☐ Pemegang Polis <i>Policyholder</i>	☐ Penerima Manfaat <i>Beneficiary</i>	☐ Lainnya <i>Others</i>
Alamat <i>Address</i>			Kode pos <i>Postal Code</i>
No. Telepon/HP <i>Phone Number</i>		Alamat Email <i>Email Address</i>	

Jika yang mengajukan klaim adalah Penerima Manfaat, wajib melampirkan salinan Surat Keterangan Kematian dari fasilitas pelayanan kesehatan atau kelurahan dan salinan Kartu Keluarga sebagai bukti hubungan keluarga.
If the claimant is a Beneficiary, a copy of the death certificate from a healthcare facility or local district office, as well as a copy of the family card, must be attached as proof of family relationship.

C. DETAIL KERUGIAN / LOSS DETAILS

JENIS KERUGIAN / TYPE OF LOSS

Anda bisa mencentang lebih dari satu sesuai klaim yang diajukan / You may check more than one box according to the claim submitted.

☐ Kerugian Kendaraan <i>Loss of Motor Vehicle</i>	☐ Biaya Pengobatan/Santunan Rawat Inap <i>Medical Expenses/Hospitalization Benefits</i>	☐ Santunan Biaya Transportasi <i>Transportation Cost Compensation</i>
☐ Kecelakaan Diri <i>Personal Accident</i>	☐ Santunan Ambulans <i>Ambulance Compensation</i>	☐ Lainnya <i>Others</i>
☐ Tanggung Jawab Hukum Pihak Ketiga <i>Third Party Liability</i>	☐ Santunan Biaya Pengurusan Dokumen <i>Document Management Fee Compensation</i>	

Apakah ada asuransi lain yang juga menjamin kerugian ini? ☐ Ya ☐ Tidak
Is there any other insurance that also covers this loss? Yes No

Jika ya, mohon sebutkan perusahaan asuransi tersebut dan lampirkan salinan polis
If yes, please specify the name of the insurance company and attach a copy of the policy

KLAIM KERUGIAN KENDARAAN / LOSS OF MOTOR VEHICLE CLAIM

Jenis Klaim <i>Type of Claim</i>	☐ Kerusakan Total <i>Total Loss</i>	☐ Kehilangan <i>Total Loss Stolen</i>
Penyebab Kerugian atau Kerusakan Kendaraan <i>Causes of Vehicle Loss or Damage</i>	☐ Kecelakaan (Crash / Tabrakan / Tergelincir) <i>Accident (Impact / Collision / Skidding)</i>	☐ Kebakaran <i>Fire</i>
	☐ Pencurian dan Perbuatan Jahat <i>Theft and Malicious Act</i>	☐ Lainnya <i>Others</i>

Tanggal dan Waktu Kejadian

Date and Time of Incident

/ /

: (WIB/WITA/WIT)*

Lokasi Kejadian

Location of Incident

Merek/Tipe Kendaraan

Vehicle Type/Brand

Nomor Polisi

Vehicle Registration Number

Nomor Mesin

Engine Number

Tahun Produksi

Year of Manufacture

Nomor Rangka

Chassis Number

Tuliskan kronologi kejadian

Please provide chronology of the incident

KLAIM KECELAKAAN DIRI TERTANGGUNG DAN PIHAK KETIGA / CLAIM OF INSURED'S PERSONAL ACCIDENT AND THIRD PARTY LIABILITY

Kecelakaan Diri terkait

Accident related to

☐

Tertanggung

Insured

☐

Pihak Ketiga

Third Party

Nama

Name

Tanggal Lahir (hari/bulan/tahun)

Date of Birth (day/month/year)

/ /

Kondisi

Condition

☐

Meninggal Dunia

Death

☐

Cacat Tetap Keseluruhan

Permanent Total Disability

Tanggal dan Waktu Kejadian

Date and Time of Accident

/ /

Nama Rumah Sakit

Hospital Name

Nama Dokter

Doctor Name

Anggota tubuh yang cacat tetap keseluruhan (apabila cacat tetap keseluruhan)

Body part with total permanent disability (if permanent total disability occurs)

Kronologi Kejadian

Please provide chronology of the incident

D. DETAIL PEMBAYARAN KLAIM / CLAIM PAYMENT DETAILS

Nama Pemilik Rekening

Account Name

Nomor Rekening

Account No.

Nama Bank

Bank

Cabang Bank

Bank Branch

Mohon diisi jika pemilik rekening bukan Tertanggung / Please fill in this section if the account owner is not the Insured.

Hubungan dengan Tertanggung

Relationship with the Insured

☐

Pemegang Polis

Policyholder

☐

Lainnya

Others

☐

Penerima Manfaat

Beneficiary

Alamat

Address

Kode pos

Postal Code

No. Telepon/HP

Phone Number

Jika yang mengajukan klaim adalah Penerima Manfaat, wajib melampirkan salinan Surat Keterangan Kematian dari fasilitas pelayanan kesehatan atau kelurahan dan salinan Kartu Keluarga sebagai bukti hubungan keluarga.

If the claimant is a Beneficiary, a copy of the death certificate from a healthcare facility or local district office, as well as a copy of the family card, must be attached as proof of family relationship.

Saya/Kami menyatakan bahwa:

1. Seluruh keterangan, data, dan informasi pribadi yang disampaikan dan diungkapkan saat ini dan/atau di kemudian hari, termasuk yang disampaikan pada saat pengajuan permohonan asuransi ("Data") kepada PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk ("Perusahaan"), adalah benar dan lengkap.
2. Apabila Data yang diberikan terbukti tidak benar, tidak lengkap, atau terdapat unsur pemalsuan, maka klaim menjadi batal dan akan mengakibatkan ditolaknya klaim yang diajukan. Semua hak untuk mendapatkan ganti rugi berdasarkan Polis akan hilang, dan Saya bersedia untuk mengembalikan pembayaran klaim yang telah diterima, jika ada, kepada Perusahaan.
3. Memberikan kuasa penuh kepada Perusahaan atau wakilnya yang berwenang untuk memperoleh Data dari dokter, fasilitas pelayanan kesehatan, perusahaan asuransi lain, dan pihak lainnya yang mempunyai Data tersebut.
4. Menyetujui Perusahaan, afiliasi dan pihak lain yang berkepentingan untuk menggunakan dan memproses data pribadi saya saat ini dan di masa depan, termasuk mengizinkan Perusahaan untuk memperoleh, mengumpulkan, menggunakan, memberikan, membagikan, mengalihkan, mengolah, menganalisis, menyimpan, menampilkan, memperbarui, menghapus atau memusnahkan, dan/atau mengirimkan ("Pemrosesan") Data sesuai dengan hukum yang berlaku untuk tujuan penanganan klaim, pemrosesan atau analisa data klaim, survey kepuasan dan peningkatan layanan.
5. Menyetujui jika klaim yang diajukan melebihi batas manfaat dalam polis, Perusahaan hanya akan membayar klaim sesuai dengan batas yang tercantum dalam polis.
6. Jika ada perbedaan penafsiran antara versi Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris, maka yang berlaku adalah versi Bahasa Indonesia.
7. Ditandatangani untuk dan atas nama Tertanggung.

PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk ("Perusahaan") berkomitmen untuk menjaga dan tidak pernah membagikan data Nasabah/Penerima Manfaat kepada pihak lain tanpa izin Nasabah/Penerima Manfaat.

I/We declare that:

1. All the information, data, and personal details provided to PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk ("the Company") now and/or in the future, including those submitted during the insurance application process ("Data") are true and complete.
2. If the Data provided is found to be false, incomplete, or contains elements of fraud, the claim shall be void and will result in the rejection of the submitted claim. All rights to compensation under the Policy will be lost, and I agree to return any claim payments already received, if any, to the Company.
3. I give full authority to the Company or its authorised representatives to obtain Data from doctors, healthcare facilities, other insurance companies, and other parties holding such Data.
4. I agree that the Company, its affiliates, and other interested parties may use and process my personal data now and in the future. This includes allowing the Company to obtain, collect, use, provide, share, transfer, process, analyse, store, display, update, delete or destroy, and/or transmit ("Processing") the Data in accordance with applicable laws for the purposes of handling claims, processing or analysing claim data, conducting satisfaction surveys, and improving services.
5. I agree that if the claim submitted exceeds the benefit limit in the policy, the Company will only pay claims up to the limit specified in the policy.
6. If there is any difference in interpretation between the Indonesian and English versions, the Indonesian version shall prevail.
7. Signed for and on behalf of the Insured.

PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk ("Company") is committed to protecting your data. We will never share your information with anyone else without your permission.

Ditandatangani Untuk & Atas Nama Tertanggung
Signature & On Behalf of the Insured

Kota _____ Tanggal / /
City Date

Nama Lengkap
Full Name