

ACCIDENT SOLUTION INSURANCE

Formulir Klaim / Claim Form



A. DETAIL TERTANGGUNG / INSURED'S DETAIL

Nama Pemegang Polis (untuk Polis Group) <i>Policyholder Name (for Group Policy)</i>		
Nama Tertanggung <i>Insured's Name</i>		
Usia <i>Age</i>		
Jenis Kelamin <i>Sex</i>		
No. Polis <i>Policy No.</i>		
Alamat <i>Address</i>		
	Kode Pos <i>Postal Code</i>	
No Telp/HP <i>Telephone/Handphone No.</i>		
Alamat Email <i>Email Address</i>		
No Telp Kantor <i>Office Phone No</i>		

B. DETAIL PENGAJU KLAIM / CLAIMANT'S DETAIL

Tidak perlu mengisi bagian ini bila pengaju klaim adalah Tertanggung / *No need to fill in this section if claimant is the Insured*

Nama Pengaju Klaim* <i>Name of Claimant*</i>	Hubungan dengan Tertanggung <i>Relationship with the Insured</i>
Usia <i>Age</i>	
Jenis Kelamin <i>Sex</i>	
Alamat <i>Address</i>	
No Telp / HP <i>Telephone / Handphone No.</i>	
Alamat Email <i>Email Address</i>	
No Telp Kantor <i>Office Phone No.</i>	

*Jika Pengaju klaim adalah Ahli Waris, wajib memberikan salinan surat keterangan kematian dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau kelurahan dan salinan Kartu Keluarga sebagai bukti hubungan keluarga.

**If the claimant is the beneficiary, must provide photocopy of the Insured's death certificate issued by Healthcare Facility or the district and photocopy of Kartu Keluarga as a proof of family relationship*

C. DETAIL KERUGIAN / LOSS DETAIL

Jenis Kerugian <i>Type of Loss</i>	
Tanggal dan Waktu Kerugian <i>Date and Time of Loss</i>	
Tempat Terjadinya Kerugian <i>Place of Loss</i>	
Kronologi Terjadinya Kerugian <i>Chronology of Loss</i>	

D. RINCIAN CEDERA ATAU PENYAKIT / DETAILS OF INJURY OR SICKNESS

Sifat dan kondisi cedera atau sakit

Nature and Condition of Injury or Sickness

Tempat / Alamat di mana cedera atau sakit terjadi

*Place / Address where injury or sickness occurred***DIISI OLEH DOKTER YANG MEMERIKSA / TO BE FILLED BY CONSULTING PHYSICIAN**

Tanggal Konsultasi / Perawatan

Hospitalization / Consultation Dates

Nama Rumah Sakit

Name of Hospital

Dokter yang Memeriksa

Attending Physician

Alamat Rumah Sakit

Hospital Address

No. Telephone

Phone No.

No. Fax

Fax No.

Tanggal pasien mendapatkan perawatan sebelumnya untuk

cedera / penyakit yang sama

*Date/s when patient had any prior treatment of the same**injury/ illness*

Anamnesa

Anamnesa

Pemeriksaan Fisik

Physical Examination

Diagnosa Utama

Primary Diagnosis

Diagnosis Tambahan

Additional Diagnosis

Terapi

Therapy

Saya, dokter yang merawat / memeriksa dengan ini menyatakan keterangan di atas adalah benar dan lengkap menurut pengetahuan dan keyakinan saya.

I, as the consulting physician, have treated this patient and confirmed that information is true and complete to the best of my knowledge and belief.

Stempel, Nama, Tanda Tangan Dokter

*Stamp, Name, Signature of Physician***E. INFORMASI PEMBAYARAN CLAIM / CLAIM PAYMENT INFORMATION**

Nama Bank

Bank's Name

Nama Cabang Bank

Name of Bank Branch

No. Rekening Bank

Bank Account No.

Atas Nama Rekening

*Bank Account Owner*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

Alamat

Address

Kode Pos

Postal Code

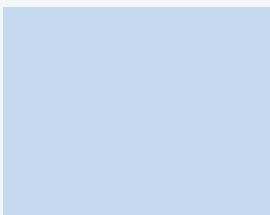
No Telp / HP

Telephone / Handphone No.

PERNYATAAN / DECLARATION

1. Saya menyatakan bahwa sepengetahuan saya semua keterangan yang saya berikan dalam formulir klaim ini dan semua lampirannya adalah benar dan sejujurnya. Selanjutnya saya setuju bahwa jika saya 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.
I declare that all foregoing information given by me in this claim form and all its attachments are true and correct to the best of my knowledge. I further agree that if I have made or in any further declaration in respect of the said claim shall make any false or fraudulent statement or suppress, conceal or falsely state any material fact whatsoever, the policy shall be void, and all rights to recover hereunder in respect of past or future claim shall be forfeited.
2. Dengan ini saya memberi kuasa penuh pada Penanggung untuk memperoleh informasi dari setiap Dokter, Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Perusahaan Asuransi, Organisasi, Instansi atau individu lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan dan kesehatan Saya / Tertanggung untuk memberitahukannya kepada Penanggung atau wakilnya yang berwenang.
I'm fully authorizing the Insurer to obtain the confidential report of my health condition from the, Doctor(s), Healthcare Facility (ies), Other Insurance Company (ies) or other organization or institution or any individual that has any records or relevant knowledge or information pertaining to my / the Insured's condition which acquired by the Insured or their authorized representatives.
3. Saya mengizinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi tentang Saya / Tertanggung yang tersedia, diperoleh, atau disimpan oleh Penanggung, kepada pihak – pihak lain yang memiliki hubungan kerja sama dengan penanggung dalam kaitan dengan klaim ini.
I hereby authorize the Insurer to use or provide my / the Insured's information provided, obtained, or stored by the Insurer, to other parties which have an agreement relationship with the Insurer in connection with this claims.
4. Jika klaim yang saya ajukan melebihi batas manfaat dalam polis yang saya miliki, PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk hanya akan membayar manfaat klaim setinggi-tingginya sesuai batas manfaat yang tertera dalam polis.
If the claim I submitted exceed the benefit limit on the policy, PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk will only cover the claim for maximum the limit of benefits.
5. Saya menyatakan membebaskan **PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk** dari kewajiban pembayaran klaim lain, tanggung jawab hukum, dan tuntutan dalam bentuk apapun juga dari pihak ketiga untuk sebab yang sama seperti yang terdapat dalam ruang lingkup pertanggungan Polis.
*I declare to release **PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk** from the obligation to pay other claims, legal responsibilities, and claims of any kind from third parties for the same reasons as those contained in the scope of coverage of the Policy.*
6. Jika di kemudian hari ternyata dapat dibuktikan terdapat kesalahan dan / atau pernyataan yang Saya berikan tidak benar, maka saya / kami bersedia secara sukarela untuk mengembalikan pembayaran klaim yang telah Saya terima seketika pada saat itu juga kepada **PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk**.
*If in the future it turns out that the error can be proven and/or the statement that I have given is not true, then I / we are willing to voluntarily return the claim payment that I have received immediately at that time to **PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk**.*

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



Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

Nomor Identitas / Paspor
ID Card / Passport No

Nama Lengkap / Full Name

DOKUMEN KLAIM / CLAIM DOCUMENT

Dalam hal kejadian Meninggal Dunia akibat Kecelakaan / In the case of Death due to Accident :

1. Formulir Klaim yang telah dilengkapi / Completed Claim form
2. Foto Copy KTP Tertanggung / Copy of Insured's ID
3. Foto Copy Surat keterangan Kecelakaan dari pihak Kepolisian / Copy of Accident statement letter issued by the Police force
4. Foto Copy SIM Pengemudi yang sah dan masih berlaku (dalam hal Kecelakaan lalu lintas) / Copy of valid Driving License (in the case of traffic Accident)
5. Foto Copy Kartu Keluarga dari ahli waris / Copy of Family Certificate of beneficiary
6. Surat Keterangan Kematian dari Rumah Sakit dan Kelurahan/Desa (untuk klaim Meninggal Dunia)
Death Certificate issued by the Hospital and the District (for Death Claims)
7. Surat keterangan ahli waris / Beneficiary statement

Dalam hal kejadian cacat / In case of Disablement :

1. Foto Rontgen dan kwitansi foto rontgen / Rontgen photo and receipt of rontgen photo
2. Surat keterangan dari Rumah Sakit (untuk klaim cacat Tetap) / Statement from the Hospital (For Permanent Disablement)

Dalam hal Biaya Pengobatan / In case of Medical Expenses :

1. Surat pernyataan dari pemegang Polis / Statement from Policyholder
2. Fotokopi KTP / Copy of ID
3. Fotokopi SIM (untuk Kecelakaan lalu lintas dimana Tertanggung sebagai pengemudi kendaraan bermotor).
Copy of Driving License (For traffic Accident where the Insured acts as the driver of vehicle).
4. Laporan kepolisian (untuk Kecelakaan lalu lintas, tindakan kriminal dsb) / Statement issued by the Police force (for traffic Accident, criminal acts, etc)
5. Surat Keterangan Dokter / Statement issued by Doctor
6. Kwitansi medis asli (apabila Kami sebagai asuransi pertama) **atau** Kwitansi medis legalisir (apabila Kami sebagai asuransi kedua/excess) yang disertai dengan surat keterangan koordinasi manfaat dari Asuransi pertama atau Kwitansi Excess dari Rumah Sakit.
Original copy of medical receipt (if We are the main insurance provider) or Legalized copy of medical receipt (if We are the additional insurance provider/excess) attached by the statement of coordination regarding insurance benefit from the main insurance provider or excess receipt from the Hospital.

Dokumen-dokumen tambahan lainnya dalam hal perluasan manfaat / *Other additional document's due to Benefit Extensions* :

a. Kwitansi atau bukti pembayaran biaya-biaya yang di keluarkan untuk : / *Receipt or proof of payment of costs incurred for* :

1. Pemakaman untuk Manfaat Biaya Pemakaman / *Funeral for Funeral Expenses*
 2. Penggunaan transportasi untuk Manfaat Biaya Transportasi / *Use of transportation for Transportation Allowance*
 3. Pelatihan Rehabilitasi atau biaya peralatan dan biaya pemasangan untuk Manfaat Rehabilitasi dan Mobilitas.
Rehabilitation training or equipment and installation cost for Rehabilitation and Mobility Benefit.
 4. Pengobatan untuk Manfaat Pengobatan oleh Ahli Pengobatan Tradisional / *Medical for Traditional Physician Benefit*
 5. Manfaat Biaya Fisioterapi / *Physiotherapy Cost*
 6. Evakuasi Medis Darurat dan Pemulangan Jenazah / *Emergency Medical Evacuation and Repatriation of Mortal Remains*
 7. Biaya Perekrutan Karyawan Kunci / *Key Employee Recruitment Fees*
 8. Manfaat Konsultasi akibat trauma / *Trauma Counseling*
 9. Manfaat Kursi Roda / *Wheelchair*
 10. Dan manfaat lainnya yang diberikan penggantian secara reimbursement / *And others that have reimbursment benefit.*
- b. Foto Rontgen untuk Manfaat Patah Tulang Ringan dan Patah Tulang Lainnya / *Rontgen Photo for Simple and Other Fracture Allowance*
- c. Tagihan terakhir kartu kredit untuk Manfaat Pembayaran Kartu Kredit / *Last billing of statement for the Credit Card Settlement Benefit*

Dokumen - dokumen lainnya (apabila diperlukan) yang akan diinformasikan lebih lanjut / *Other documents (if necessary) which will be communicated further.*