

ASURANSI MIKRO MOBILITE / MOBILITE MICRO INSURANCE

Formulir Klaim / Claim Form



A. DETAIL TERTANGGUNG / INSURED DETAIL

No. Polis <i>Policy No.</i>	
Nama Tertanggung <i>Insured Name</i>	
No. Identitas <i>Identity No.</i>	(KTP / SIM / Paspor)
Alamat <i>Address</i>	
	Kode Pos <i>Postal Code</i>
No Telp/HP <i>Telephone/Handphone No.</i>	
Alamat Email <i>Email Address</i>	

B. DETAIL PENGAJU KLAIM / CLAIMANT 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>	
Tempat & Tanggal Lahir <i>Place and date of birth</i>			
No. Identitas <i>Identity No.</i>		(KTP / SIM / Paspor)	
Alamat <i>Address</i>			
		Kode Pos <i>Postal Code</i>	
No Telp/HP <i>Telephone/Handphone No.</i>			
Alamat Email <i>Email Address</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 death certificate of the Insured 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 / *Type of Loss*

- Kerugian Mobil / *Loss of Car*
- Kecelakaan Diri / *Personal Accident*
- Tanggung Jawab Hukum terhadap Pihak Ketiga / *Third Party Liability*
- Biaya Pengobatan / *Medical Expenses*
- Biaya Ambulans / *Ambulance Fee*
- Biaya Pengurusan Dokumen / *Expense of Administer Claim Document*
- Kehilangan atau Kerusakan Barang Pribadi / *Loss or Damage to Personal Items*
- Biaya Transportasi / *Transportation Fee*
- Biaya Derek / *Crane Fee*

KLAIM JAMINAN KECELAKAAN DIRI TERTANGGUNG DAN TANGGUNG JAWAB HUKUM TERHADAP PIHAK KETIGA *CLAIM OF INSURED'S PERSONAL ACCIDENT AND THIRD PARTY LIABILITY*

	DATA TERTANGGUNG / <i>INSURED DATA</i>	DATA PIHAK KETIGA / <i>THIRD PARTY DATA</i>
Nama <i>Name</i>		
Tanggal lahir <i>Date of Birth</i>		
Jenis kelamin <i>Gender</i>		
Pekerjaan <i>Occupation</i>		
Tanggal dan Waktu Kerugian <i>Date and Time of Loss</i>		
Dokter yang Memeriksa <i>Examining Doctor</i>		
Nama Rumah Sakit <i>Hospital Name</i>		
Alamat Rumah Sakit <i>Hospital Address</i>		

No. Telephone <i>Phone No.</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No. Fax <i>Fax No.</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kondisi Pasien <i>Patient's Condition</i>	<input type="checkbox"/> Meninggal Dunia / <i>Death</i>	<input type="checkbox"/> Meninggal Dunia / <i>Death</i>
	<input type="checkbox"/> Cacat Tetap Keseluruhan / <i>Permanent Total Disability</i>	<input type="checkbox"/> Cacat Tetap Keseluruhan / <i>Permanent Total Disability</i>
Tanggal meninggal dunia (bila meninggal dunia) <i>Date of death (if deceased)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anggota tubuh yang cacat tetap keseluruhan (bila cacat tetap keseluruhan) <i>Limbs that total disability permanently (if the total permanent disability)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

KLAIM KERUGIAN MOBIL / LOST OF CAR

Jenis Klaim <i>Type of Claim</i>	<input type="checkbox"/> Total Loss Accident	<input type="checkbox"/> Total Loss Stolen
Plat nomor <i>License Plate</i>	<input type="text"/>	
Merk & Type <i>Brand & Type</i>	<input type="text"/>	
Tahun Perakitan <i>Assembly Year</i>	<input type="text"/>	
No. Rangka & No. Mesin <i>Chassis No. & Machine No.</i>	<input type="text"/>	
Tanggal, Jam dan Lokasi terjadinya kerugian <i>Date, Time and Place of Loss</i>	<input type="text"/>	

KRONOLOGI TERJADINYA KERUGIAN / CHRONOLOGY OF LOSS

D. INFORMASI PEMBAYARAN KLAIM / CLAIM PAYMENT INFORMATION

Nama Bank <i>Bank Name</i>	<input type="text"/>	
Nama Cabang Bank <i>Bank Branch Name</i>	<input type="text"/>	
No. Rekening <i>Account No.</i>	<input type="text"/>	
Atas Nama Rekening <i>Account Owner</i>	<input type="text"/>	
<i>Mohon diisi jika pemilik rekening bukan Tertanggung / Please fill in this section if the account owner is not the Insured</i>		
Hubungan dengan Tertanggung <i>Relationship with the Insured</i>	<input type="text"/>	
Alamat <i>Address</i>	<input type="text"/>	
	Kode Pos <i>Postal Code</i>	<input type="text"/>
No Telp/HP <i>Telephone/Handphone No.</i>	<input type="text"/>	

PERNYATAAN / DECLARATION

- 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.
- 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 memberitahunya 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

- Formulir klaim asuransi yang telah diisi dengan lengkap / *Completely filled insurance claim form*
- Fotokopi identitas diri Tertanggung (KTP/ SIM/ Paspor) / *Photocopy Identity Card (KTP/SIM/Passport) of the Insured*
- **Klaim Kerugian Total Mobil / Biaya Pengurusan Dokumen / Biaya Transportasi :**
Claim of Loss of Car / Expense of Administer Claim Document / Transportation Cost Compansation :
 1. Salinan STNK / *Copy of STNK*
 2. Salinan BPKB / *Copy of BPKB*
 3. Salinan Surat Tanda Penerimaan Laporan (STPL) dari pihak kepolisian / *Copy of Report Receipt Certificate (STPL) from the police*
- **Kecelakaan Diri / Personal Accident :**
Dalam hal Tertanggung atau Pihak Ketiga meninggal dunia / In the case of that the Insured or Third Party dies
Certificate regarding the results of the post-mortem (Visum et Repertum)
 2. Surat Keterangan Kepolisian dalam hal terjadi kecelakaan lalu lintas / *Police Certificate in the event of an accident***Dalam hal Tertanggung hilang / In the case of the Insured is lost :**
 1. Surat keterangan tentang kecelakaan dan penghentian pencarian dari pihak yang berwenang,
Letter about the accident and the termination of the search from the authorities.
 2. Surat pernyataan dari ahli waris akan mengembalikan santunan apabila Tertanggung atau Pihak Ketiga diketemukan kembali dalam keadaan hidup.
*Statement Letter from the heirs will return the claim compensation if the Insured is found alive.***Dalam hal Tertanggung atau Pihak Ketiga mengalami Cacat Tetap Total / In the case of Insured or Third Party suffers from Total Permanent Disability :**
 1. Surat keterangan pemeriksaan (Visum) dari Dokter yang melakukan perawatan atau pengobatan
Certificate of examination (Visum) from the doctor who carried out the treatment
 2. Surat Keterangan Kepolisian dalam hal terjadi kecelakaan lalu lintas
Police Certificate in the event of an accident
- **Dalam hal Tertanggung menjalani Rawat Inap karena kecelakaan / In the case of Insured undergoing Hospitalization due to an accident :**
 1. Salinan kwitansi yang telah dilegalisir mengenai rawat inap / *A legalized copy of the receipt regarding the hospitalization.*
 2. Surat Keterangan Kepolisian dalam hal terjadi kecelakaan lalu lintas / *Copy of Police Certificate in the event of an accident.*
- **Dalam hal Tertanggung membutuhkan ambulans / In the case of Insured needs an ambulance**
 1. Bukti penggunaan ambulans untuk memberikan pertolongan dan/atau evakuasi medis bagi Tertanggung
Proof of using an ambulance to provide assistance and/or medical evacuation for the Insured
 2. Surat Keterangan Kepolisian dalam hal terjadi kecelakaan lalu lintas / *Copy of Police Certificate in the event of an accident.*
- **Tuntutan Pihak Ketiga / Third Party Claims**
 1. Surat Laporan Kepolisian / *Letter Report of Police*
 2. Surat tuntutan dari Pihak Ketiga / *Letter of claim from a third party*
- **Kehilangan atau Kerusakan Barang Pribadi / Loss or Damage to Personal Items**
 1. Surat Tanda Penerimaan Laporan (STPL) dari pihak kepolisian yang berisi daftar barang yang hilang dalam peristiwa kerugian Mobil (jika ada barang pribadi hilang).
Letter of Receipt of Reports (STPL) from the police containing a list of items lost during the car loss event (if there personal items are lost).
 2. Bukti Foto jika barang pribadi mengalami kerusakan / *Photo proof if personal items are damaged*
- **Biaya Derek / Crane Fee**
Bukti penggunaan Derek / *Proof of use of Crane*
- Dokumen lain yang relevan, wajar dan patut diminta oleh Kami sehubungan dengan penyelesaian klaim.
Other documents that are relevant, reasonable and appropriate to be requested by us in connection with the settlement of claims.