

ASURANSI TIPUS / TYPHOID INSURANCE

Formulir Klaim / Claim Form



A. DETAIL TERTANGGUNG / INSURED'S DETAIL

| | |
|--|--------------------------------|
| Nama Tertanggung <i>Insured's Name</i> | |
| No. Polis <i>Policy No.</i> | |
| No. Identitas <i>Identity No.</i> | (KTP / SIM / Passport) |
| Alamat Tempat Tinggal <i>Domicile Address</i> | |
| | Kode Pos <i>Postal Code</i> |
| No Telp/Ponsel <i>Phone/Cellphone No.</i> | |
| Alamat Email <i>Email Address</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 Ahli Waris <i>Beneficiary Name</i> | | Hubungan <i>Relationship</i> | |
| No Telp/HP Ahli Waris <i>Telephone/Handphone No. of the beneficiary</i> | | | |

Ahli waris wajib memberikan salinan surat keterangan kematian dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau kelurahan dan salinan Kartu Keluarga sebagai bukti hubungan keluarga.

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 KLAIM / CLAIM DETAIL

| | | | |
|---|--|-------------------------------|--|
| Tanggal Rawat Inap (Tanggal / Bulan / Tahun) <i>Hospitalization Date (Date / Month / Year)</i> | | sampai dengan <i>until</i> | |
| Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan <i>Healthcare Facility's Name</i> | | | |
| Alamat Fasilitas Pelayanan Kesehatan <i>Healthcare Facility's Address</i> | | | |
| No. Telp Fasilitas Pelayanan Kesehatan <i>Healthcare Facility's Telp No.</i> | | | |

D. INFORMASI PEMBAYARAN KLAIM / CLAIM PAYMENT INFORMATION

| | |
|--|--|
| Nama Bank <i>Bank's Name</i> | |
| Nama Cabang Bank <i>Name of Bank Branch</i> | |
| No. Rekening <i>Account No.</i> | |
| Atas Nama <i>Owner</i> | |

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

| | |
|---|--------------------------------|
| Hubungan dengan Tertanggung <i>Relationship with the Insured</i> | |
| Alamat <i>Address</i> | |
| | Kode Pos <i>Postal Code</i> |
| No Telp/Ponsel <i>Phone/Cellphone No.</i> | |

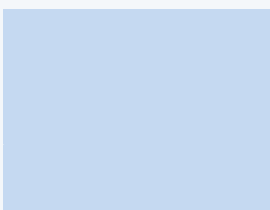
PERNYATAAN / DECLARATION

- 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.

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

1. Formulir klaim asuransi yang telah diisi dengan lengkap.
Completely filled insurance claim form.
2. Fotokopi identitas diri (KTP/SIM/Paspor) Tertanggung atau Kartu Keluarga jika Tertanggung masih dibawah umur atau yang mengajukan klaim adalah Ahli Waris.
Photocopy Identity card (KTP/SIM/Paspor) of the Insured or Kartu Keluarga for under age Insured or who submits a claim is an heir.
3. Asli atau fotokopi legalisir surat keterangan dari dokter yang menyatakan bahwa Tertanggung menderita Tipes dan harus menjalani rawat inap.
Original or legalized photocopy of a certificate from a doctor stating that the Insured suffers from Typhoid and must be hospitalized.
4. Asli atau fotokopi legalisir hasil pemeriksaan laboratorium yang menunjukkan widal minimal 1/640 atau ditemukannya Salmonella Typhi di feses atau Anti-Salmonella typhi IgM 6 – 10..
Original or legalized photocopy of laboratory examination results showing a minimum widal of 1/640 or the presence of Salmonella Typhi in feces or Anti-Salmonella typhi IgM 6 – 10.
5. Asli atau fotokopi legalisir, bukti rawat inap di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
Original or photocopy of legalized, proof of hospitalization at the Healthcare Facility's.
6. Asli atau fotokopi polis/tanda bukti asuransi yang sah.
Original or photocopy of valid insurance policy/proof.
7. 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.