

Formulir Klaim EaZi / EaZi Claim Form

Asuransi Perjalanan / Travel Insurance



Data Tertanggung / Insured's Data

Nama Tertanggung / Insured's Name :

No. Polis / Policy No. :

Usia / Age :

Alamat / Address :

Telepon / Phone :

Jenis Kelamin / Gender :

Pria / Male

Wanita / Female

Pekerjaan / Occupation :

Alamat Email / Email Address :

Detail Pengaju Klaim / Claimant's Detail

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

Nama Pengaju Klaim / Claimant's Name :

Hubungan / Relationship :

Jenis Klaim / Type of Loss

Harap menceritakan kronologis kejadian dan nilai kerugian klaim / Please describe the chronology and value of claim :

Apakah Anda dijamin di asuransi perjalanan yang lain?

Are you covered under other travel insurance ?

 Ya / Yes Tidak / No

Jika Ya, sebutkan / if yes, please inform :

Bagian 1. Pembatalan Perjalanan / Pengurangan Perjalanan

Part 1. Cancellation / Curtailment of Trip

Mohon beri tanda pada kotak yang tepat : Pembatalan sebelum perjalanan dilakukan / Cancellation before the journey begin

Please tick the appropriate box

Pengurangan perjalanan setelah perjalanan dimulai / Curtailment after the journey begin

Alasan Pembatalan / Pengurangan

Cancellation / Curtailment reasons

Tanggal pemesanan perjalanan

Travel booking date

Jadwal keberangkatan / kepulangan awal

Original scheduled departure / return

Apakah ada pengembalian yang diberikan oleh pihak lain?

Have any refund been made by other parties?

 Ya / Yes Tidak / No

Jika ya, mohon cantumkan besarnya kompensasi

If yes, please state amount compensated by other parties

Rincian biaya perjalanan / Details of trip costs :

Item / Item	Jumlah yang dibayarkan / Amount Paid	Pengembalian / Refund
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bagian 2. Penundaan Perjalanan / Part 2. Travel Delay

Lokasi insiden yang menyebabkan klaim /

*Location of incident causing claim*Jadwal penerbangan semula / *Original flight details*Tanggal / *Date*Waktu / *Time*Penyebab / *Cause* Bencana alam / *Natural disaster* Cuaca buruk / *Extreme weather* Kerusakan pengangkutan / *Carrier defect* Terorisme / *Terrorism* Kerusuhan, pemogokan, huru hara / *Riot, strike, civil commotion* Lainnya / *Other (please specify)*Jadwal penerbangan aktual / *Actual flight details*Tanggal / *Date*Waktu / *Time***Bagian 3. Keterlambatan Bagasi / Part 3. Baggage Delay**Tempat kedatangan / *Place of arrival*

Seharusnya bagasi diterima (sesuai dengan jadwal kedatangan)

*/ Baggage should have been received (as per arrival time)*Bagasi diterima / *Baggage received*Tanggal / *Date*Tanggal / *Date*Waktu / *Time*Waktu / *Time***Bagian 4. Kerusakan Bagasi, Kehilangan Barang Pribadi, Dokumen Perjalanan dan Uang****Part 4. Baggage Damage, Loss of Personal Effects, Travel Documents and Money**Mohon beri tanda pada kotak yang tepat / *Please tick the appropriate box* Kehilangan Bagasi / *Baggage Loss* Kehilangan dokumen perjalanan / *Loss of travel documents* Kerusakan Bagasi / *Baggage Damage* Kehilangan uang / *Loss of money* Kerusakan / Kehilangan barang pribadi / *Damage / Loss of personal effects*

Kepada siapa insiden tersebut dilaporkan?

*To whom the incident was reported?*Tempat kejadian / *Location of loss*Tanggal kejadian / *Date of loss*Penyebab Kehilangan / Kerusakan / *Cause of loss*

Rincian barang pribadi yang rusak, dicuri atau hilang (dapat dicantumkan pada lembar terpisah jika perlu)

Detail of damage, stolen or lost personal effects (you may continue on separate sheet if necessary)

Penjelasan Barang

Description of Item

Jumlah

Quantity

Tanggal Pembelian

Purchase Date

Tempat Pembelian

Purchase Place

Harga Pembelian

*Purchase Price***Bagian 5. Klaim Sehubungan dengan Kecelakaan atau Sakit / Part 5. Accident or Sickness Related Claim Only**Cedera sakit yang diderita / *Injury or sickness sustained*

Nama dan Alamat dari Dokter Pribadi / langganan Anda /

*Name and address of your private / usual attending Doctor*Gejala yang dialami / *Symptoms*Biaya dokter / *Doctor's fee*Kapan gejala mulai dirasakan / *When you felt the symptoms*Obat-obatan / *Medicines*Lainnya (jelaskan) / *Others (specify)*

Apakah Anda pernah melakukan konsultasi medis atau pernah mendapatkan pengobatan untuk kondisi ini?
Have you been consulted or received treatment for this condition?

Ya / Yes Tidak / No Kapan / When _____ Jumlah Total / Total _____
Nama Rumah Sakit & Dokter / Name of Hospital & Doctor _____

Bagian 6. Untuk diisi oleh dokter / Part 6. To be fill in by attending doctor only

Diagnosa / Diagnosis: _____ Tanggal / Date: _____

Kapan gejala pertama terjadi / When did patient's symptom first occur? _____ Tanda tangan & Stempel / Sign & Stamp _____

Kapan pertama kali pasien berkonsultasi pada Anda? / When did the patient consult to you for the first time? _____

Jelaskan komplikasi atau penyakit yang mempengaruhi kondisi sekarang / Describe any other or infirmity affecting present conditions

Bagian 7. Kunjungan anggota keluarga / Part 7. Overseas compassionate visit

Alasan untuk tambahan biaya perjalanan dan akomodasi / Reason for additional travel and accommodation expenses? Kematian / Death

Penyakit / Cidera Serius / Sickness / Serious injury

Periode rawat inap di rumah sakit / period of hospitalization : _____ Sejak / from _____
Hingga / to _____

Mohon cantumkan nama dan hubungan dengan Anda / Please state their name and relationship Nama / Name _____
Hubungan / Relationship _____

Rincian biaya akomodasi tambahan dan biaya perjalanan tambahan / Details of accommodation expenses and additional travel expenses

Item	Jumlah/Amount
Biaya Akomodasi / Accommodation costs	
Biaya perjalanan / travel expenses	
Lainya, mohon sebutkan / Others, please specify	
Jumlah Total / Total Amount	

Bagian 8. Tanggung Gugat Pribadi / Part 8. Personal Liability

Manakah dari berikut ini yang Anda dimintai untuk bertanggung jawab / Which of the following are you being held liable for?

Kerusakan / Damage Kompensasi medis / Medical compensation

Mohon berikan rincian mengenai sejauh apa kerusakan atau cedera yang diderita oleh pihak/orang lain
Please provide details on the extent of damages or injuries sustained by the other party/person

Apakah Anda meminta Pengacara untuk mewakili Anda? / Have you instructed solicitors to represent you at this time?

Ya / Yes Jika Ya, mohon berikan nama Pengacara tsb/If Yes, please provide the name of solicitor

Tidak / No _____ Nomor kontak / Contact Number _____

Untuk kerusakan harta benda / for property damage

Nama Pemilik / Owner's Name _____

Alamat / Address _____

Jenis barang dan sifat kerusakan / Name of property and extent of damage _____

Jumlah yang diklaim / Amount of claim _____

Untuk cedera tubuh / for bodily injury

Nama Pemilik / Owner's Name _____

Alamat / Address _____

Rumah Sakit/Dokter yang merawat (alamat & telepon) / Hospital or Doctor (address & telephone) _____

Jumlah yang diklaim / Amount of claim _____

Bagian 9 . Lainnya / Part 9. Others

Sehubungan dengan klaim lainnya, yang tidak termasuk dalam bagian tersebut di atas, silakan memberikan rincian dari klaim tersebut. Jika ruang tidak cukup untuk rincian tersebut, silahkan lampirkan terpisah. / *In respect of any other claim, which does not fall within the sections stated above, please provide details of the claim you are submitting. If the space is insufficient for such details, please attach another page.*

Bagian 10. Deklarasi Dan Surat Kuasa / Part 10. Declaration Authorization Letter

Saya/Kami menyatakan bahwa dengan sepengetahuan saya/kami semua keterangan yang saya/kami berikan dalam formulir ini dan semua lampirannya adalah benar dan sejujurnya. Selanjutnya saya/kami setuju jika saya/kami membuat atau dalam pernyataan selanjutnya sehubungan dengan klaim tersebut terdapat unsur pemalsuan atau penipuan atau mendiamkan, menyembunyikan atau memberikan pernyataan yang salah mengenai fakta material 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/We declare that all foregoing information given by me/us in this claim form and all its attachments are true and correct to the best of my knowledge. I/We further agree that if I/We 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 right to recover hereunder in respect of past or future claim shall be forfeited.*

Dengan ini saya/kami memberi kuasa penuh pada setiap dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi, organisasi, instansi atau individu lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan dan kesehatan saya/kami untuk memberikan kepada PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk dan wakilnya yang berwenang. / *I'm/We're fully authorizing any hospital(s), Doctor(s), other Insurance Company (ies) or other organization or institution or any individual that has any records or relevant knowledge or information pertaining to my/our to provide to by PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk or their authorized representatives.*

Saya/kami mengizinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi tentang saya/kami yang tersedia atau diperoleh atau disimpan oleh Penanggung, kepada pihak-pihak lain yang memiliki hubungan kerja sama dengan Penanggung dalam kaitan dengan klaim saya/kami. / *I/We hereby authorized the Insurer to use or share my/our information provided, obtained, or stored by the Insurer, to other parties which have an agreement relationship with the Insurer in connection with my/our claims.*

Fotokopi dari surat kuasa ini dianggap sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama dengan aslinya / *The copy of this authorization letter shall be considered as effective and legitimate as the original.*

Tanggal / Date,

Tanda tangan Pengaju Klaim
Signature of Claimant

Tanda tangan pemegang polis
Signature of policy holder

Bagian 11. Informasi Transfer Bank / Part 11. Bank Transfer Information

Nama Bank-Cabang / Name of Bank-Branch

Nomor Rekening / Number of Account

USD IDR

Atas Nama / Care of

Kirimkan dokumen klaim kepada / *Please send the claim document to :*
Document Management Dept.
PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk
Graha Adira Lantai 4
Jl. MT. Haryono Kav 42
Jakarta 12780

Untuk keterangan lebih lanjut, hubungi kami di /
For further information, contact us at :
Zurich Care
Telp : 1500 456
WA : 0812 111 3456

DOKUMEN KLAIM / CLAIM DOCUMENT

Dokumen klaim akan tergantung jenis klaim pada manfaat yang diajukan / *Claims document will depend on the type of benefit claims submitted.*

Berikut adalah dokumen yang pada umum nya akan Kami perlukan / *The following are documents which We will require in general :*

1. Formulir klaim / *Form claim*
2. Fotokopi identitas diri / *Copy of self identification*

3. Bukti perjalanan seperti kwitansi tiket perjalanan, kwitansi akomodasi, boarding pass, rencana perjalanan Anda.
Trip evidence such as travel ticket invoice, accommodation invoice, boarding pass, Your travel itinerary.
4. Surat keterangan medis dari Dokter dan/atau Rumah Sakit.
Medical report from Doctor and/or Hospital.
5. Kwitansi biaya pengobatan asli / Original medical bills
6. Surat laporan kepolisian / *Police report* .
7. Bukti kepemilikan suatu barang / *Proof of an item ownership* .
8. Surat keterangan dari operator Transportasi Umum, hotel, bandara / *Letter from Public Transport operator, hotel, airport* .

Kami akan memberitahukan Anda dokumen lain yang diperlukan dengan lebih rinci setelah menerima pemberitahuan klaim Anda secara tertulis ke alamat kontak yang Anda berikan.

We will inform You in detail the other required documents upon receiving Your written claims notification to Your contact address.

Dalam keadaan tertentu, Kami mungkin akan memerlukan bukti lain untuk mendukung pengajuan klaim Anda. Dokumen tersebut harus Anda peroleh dengan biaya sendiri dan kegagalan Anda untuk memberikan dokumen tersebut dapat menyebabkan klaim Anda ditolak.
In certain circumstances, We may require other evidence to support Your claims submission. The documents must be provided at Your own expenses and Your failure to provide the documents may cause Your claim being rejected.