

ASURANSI MIKRO MOTOLITE / MOTOLITE MICRO INSURANCE

Formulir Klaim / Claim Form



A. DETAIL TERTANGGUNG / INSURED DETAIL

No. Polis <i>Policy No.</i>	
Nama Pemegang Polis (untuk Polis Group) <i>Policyholder Name (for group policy)</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 / <i>Type of Loss</i>	<input type="checkbox"/> Kerugian Motor / <i>Loss of Motorcycle</i>
	<input type="checkbox"/> Kecelakaan Diri / <i>Personal Accident</i>
	<input type="checkbox"/> Tanggung Jawab Hukum terhadap Pihak Ketiga / <i>Third Party Liability</i>
	<input type="checkbox"/> Santunan Harian Rawat Inap / <i>Hospital Cash Compensation</i>
	<input type="checkbox"/> Santunan Ambulans / <i>Ambulance Rental Compensation</i>
	<input type="checkbox"/> Santunan Biaya Pengurusan Dokumen / <i>Expense of Administer Claim Document Compensation</i>
	<input type="checkbox"/> Santunan Biaya Transportasi / <i>Transportation Cost Compensation</i>

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>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alamat Rumah Sakit <i>Hospital Address</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 MOTOR / LOST OF MOTORCYCLE CLAIM

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 CLAIM / CLAIM PAYMENT INFORMATION

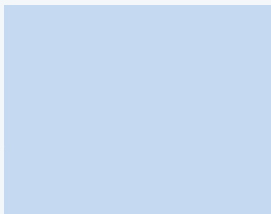
Nama Bank <i>Bank Name</i>	<input type="text"/>	
Nama Cabang Bank <i>Bank Branch Name</i>	<input type="text"/>	
No. Rekening <i>Account No.</i>	<input type="text"/>	
Atas Nama Rekening <i>Account Owner</i>	<input type="text"/>	
<i>Mohon diisi jika pemilik rekening bukan Tertanggung / Please fill in this 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

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 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

- Salinan SIM C Tertanggung dan Pengemudi
Copy of Driver's and Insured's SIM C

Kerugian Motor / Loss of Motorcycle

- Salinan STNK
Copy of STNK
- Surat blokir asli/Salinan legalisir dari kepolisian (jika Motor terjadi Kehilangan).
Original or photocopy legalized of a block letter from the police (if the Motorcycle is lost).
- Surat keterangan kepolisian (jika Motor terjadi Kerusakan Total).
Police certificate (if the Motorcycle is Totally Damaged).
- Bukti pendukung adanya Kerusakan Total (contoh: foto kerusakan, surat keterangan dari kelurahan dan sebagainya), **atau** Surat Persetujuan Klaim dari Polis Asuransi Kendaraan Bermotor (jika Motor dijamin PSAKBI).
Supporting evidence of Total Damage (eg : photos of damage, letters from Urban Village, etc), or a Claim Approval Letter from the Motor Vehicle Insurance Policy (if the motorcycle is guaranteed by PSAKBI).

Kecelakaan Diri / Personal Accident

- Salinan Surat Keterangan Meninggal Dunia/Cacat Tetap Keseluruhan akibat Kecelakaan dari Dokter.
Copy of Death Certificate / Overall Permanent Disability due to Accident from a Doctor.
- Apabila Tertanggung Hilang akibat Kecelakaan :
 1. Salinan Surat Penghentian Pencarian dari pihak yang berwenang.
Copy of the letter of termination of the search from the competent authority.
 2. Surat Pernyataan dari Ahli Waris akan mengembalikan santunan apabila Tertanggung ditemukan kembali dalam keadaan hidup.
Statement Letter from the heirs will return the claim compensation if the Insured is found alive.
- Kartu Keluarga (jika penerima manfaat adalah ahli waris yang sah menurut Hukum).
Kartu Keluarga (if the beneficiary is a legal heir according to Law).

Tanggung Jawab Hukum Terhadap Pihak Ketiga / Third Party Liability

- Surat Tuntutan dari Pihak Ketiga.
Letter of Claim from a third party.
- Salinan Surat Keterangan Kepolisian mengenai Kecelakaan.
Copy of Police Certificate regarding Accident.
- Salinan Surat keterangan Meninggal Dunia/Cacat Tetap Keseluruhan akibat Kecelakaan dari Dokter.
Copy of Death Certificate / Total Permanent Disability due to Accident from Doctor.

Rawat Inap / Ambulans

Hospital Cash / Ambulance Rental Compansation

- Salinan kwitansi dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam hal klaim rawat inap.
Copy of receipt from Health Service Facility in case of inpatient claim.

- Salinan kwitansi penggunaan ambulans sebagai pertolongan dan/atau evakuasi medis Tertanggung dalam hal klaim ambulans.
A copy of the receipt for the use of an ambulance as assistance and/or medical evacuation for the Insured in the case of an ambulance.
- Salinan Surat Keterangan Kepolisian dalam hal terjadi kecelakaan.
Copy of Police Certificate in the event of an accident.

Pengurusan Dokumen / Biaya Transportasi

Expense of Administer Claim Document / Transportation Cost Compensation

- Salinan STNK / *Copy of STNK*
- Salinan BPKB / *Copy of BPKB*

- 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.