

ASURANSI PERSONAL ACCIDENT

Formulir Klaim / Claim Form



A. DETAIL PESERTA / INSURED'S DETAIL

Nomor Polis/Serifikat <i>Policy/Certificate No.</i>				
Nama Peserta <i>Insured's Name</i>		QQ		
Alamat Peserta <i>Insured's Address</i>				
			Kode Pos / <i>Postal Code</i> :	
No Telpon <i>Telephone No.</i>	Rumah <i>Home</i>	Kantor <i>Office</i>	Ponsel <i>Cellphone</i>	
Alamat Email <i>Email Address</i>				
Plat nomor kendaraan <i>Vehicle License Plate</i>				
Jenis Pertanggungan <i>Coverage Type</i>				

B. DETAIL PENGAJU KLAIM / CLAIMANT'S DETAIL

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

Nama Pengaju Klaim* <i>Name of Claimant*</i>		Hubungan dengan Peserta <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 Kelurahan and photocopy of Kartu Keluarga as a proof of family relationship*

C. DETAIL KERUGIAN / LOSS DETAIL

Tanggal Kerugian <i>Date of Loss</i>		Waktu Kerugian <i>Time of Loss</i>		(WIB/WITA/WIT)*
Lokasi Terjadinya Kerugian <i>Location of Loss</i>				
Kronologi Terjadinya Kerugian <i>Chronology of Loss</i>				

Data Pemohon Klaim <i>Data of Claim Applicant</i>	Data Pengemudi <i>Driver Data</i>	Data Korban 2 <i>Victim Data 2</i>	Data Korban 3 <i>Victim Data 3</i>	Data Korban 4 <i>Victim Data 4</i>	Data Korban 5 <i>Victim Data 5</i>
Nama <i>Name</i>					
Tgl.Lahir <i>Date of Birth</i>					
JenisKelamin <i>Gender</i>					
Pekerjaan <i>Occupation</i>					
Tgl. Kecelakaan					

<i>Date of Loss Accident</i>					
<i>Nama Dokter / Rumah Sakit</i>					
<i>Doctor / Hospital Name</i>					
Status Pasien / Patient Status	Meninggal Dunia / Death	Meninggal Dunia / Death	Meninggal Dunia / Death	Meninggal Dunia / Death	Meninggal Dunia / Death
	Cacat Tetap / Permanent Disability	Cacat Tetap / Permanent Disability	Cacat Tetap / Permanent Disability	Cacat Tetap / Permanent Disability	Cacat Tetap / Permanent Disability
<i>Tanggal meninggal dunia</i>					
<i>Date of death</i>					
<i>Lokasi Pemakaman</i>					
<i>Cemetery Location</i>					
<i>Organ tubuh yang cacat</i>					
<i>Limbs that disability</i>					
<i>Jenis Perawatan (jika cacat)</i>					
<i>Type of Treatment (if disabled)</i>					
<i>Tgl Mulai Perawatan (jika cacat)</i>					
<i>Start Date of Treatment (if disabled)</i>					
<i>Tgl Selesai Perawatan (jika cacat)</i>					
<i>End Date of Treatment (if disabled)</i>					

Data Pemohon Klaim	Data Korban 6	Data Korban 7	Data Korban 8
Data of Claim Applicant	Victim Data 6	Victim Data 7	Victim Data 8
<i>Nama</i>			
<i>Name</i>			
<i>Tgl.Lahir</i>			
<i>Date of Birth</i>			
<i>JenisKelamin</i>			
<i>Gender</i>			
<i>Pekerjaan</i>			
<i>Occupation</i>			
<i>Tgl. Kecelakaan</i>			
<i>Date of Loss Accident</i>			
<i>Nama Dokter / Rumah Sakit</i>			
<i>Doctor / Hospital Name</i>			
Status Pasien / Patient Status	Meninggal Dunia / Death	Meninggal Dunia / Death	Meninggal Dunia / Death
	Cacat Tetap / Permanent Disability	Cacat Tetap / Permanent Disability	Cacat Tetap / Permanent Disability
<i>Tanggal meninggal dunia</i>			
<i>Date of death</i>			
<i>Lokasi Pemakaman</i>			
<i>Cemetery Location</i>			
<i>Organ tubuh yang cacat</i>			
<i>Limbs that disability</i>			
<i>Jenis Perawatan (jika cacat)</i>			
<i>Type of Treatment (if disabled)</i>			
<i>Tgl Mulai Perawatan (jika cacat)</i>			
<i>Start Date of Treatment (if disabled)</i>			
<i>Tgl Selesai Perawatan (jika cacat)</i>			
<i>End Date of Treatment (if disabled)</i>			

D. INFORMASI PEMBAYARAN CLAIM / CLAIM PAYMENT INFORMATION

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

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

<i>Hubungan dengan Peserta</i>	
<i>Relationship with the Insured</i>	

Alamat Address		Kode Pos Postal Code	
No Telp / HP Telephone / Handphone No.			

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 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 Pengelola 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 / Peserta untuk memberitahukannya kepada Pengelola 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.
- Saya mengizinkan Pengelola untuk menggunakan atau memberikan informasi tentang Saya / Peserta yang tersedia, diperoleh, atau disimpan oleh Pengelola, kepada pihak – pihak lain yang memiliki hubungan kerja sama dengan Pengelola 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.
- Jika klaim yang saya ajukan melebihi batas manfaat dalam polis yang saya miliki, PT Zurich General Takaful Indonesia 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 General Takaful Indonesia will only cover the claim for maximum the limit of benefits.
- Saya menyatakan membebaskan PT Zurich General Takaful Indonesia 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 General Takaful Indonesia 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.
- 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 General Takaful Indonesia.
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 General Takaful Indonesia.

Ditandatangani Untuk & Atas Nama Peserta / 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*
- Polis atau Sertifikat asli atau fotokopi / *Original or photocopy of Policy or Certificate*
- Fotokopi identitas diri (KTP/ SIM/ Paspor) / *Photocopy Identity Card (KTP/SIM/Passport)*
- Surat keterangan mengenai hasil pemeriksaan jenazah (Visum et Repertum) atau keterangan cacat.
Certificate regarding the results of the post-mortem (Visum et Repertum) or a statement of disability.
- Dalam hal Peserta hilang / In the case of the Insured is lost :
 - Surat keterangan tentang kecelakaan dan penghentian pencarian dari pihak yang berwenang,
Letter about the accident and the termination of the search from the authorities.
 - Surat pernyataan dari ahli waris akan mengembalikan santunan apabila Peserta diketemukan kembali dalam keadaan hidup.
Statement Letter from the heirs will return the claim compensation if the Insured is found alive.
- Kwitansi pengobatan (asli atau fotokopi legalisir) dalam hal Peserta klaim biaya pengobatan.
Medical Receipt (original or photocopy of legalized) in case the insured claims medical expenses.
- 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.