

## TRAVEL INSURANCE – CLAIM FORM

### IMPORTANT INSTRUCTIONS / PANDUAN PENTING :

1. Please contact the assistance hotline immediately +62 21 5082 5555 in case you need emergency assistance while travelling. Failure to call may be ground for denial of the claim.  
***Segera hubungi nomor darurat kami +62 21 5082 5555 apabila anda membutuhkan bantuan darurat dalam perjalanan. Keterlambatan dalam pelaporan klaim dapat menyebabkan penolakan pada klaim tersebut.***
2. For claims processing, all necessary documents have to be submitted. The company reserves the right to request additional documents as deemed necessary.  
***Pada proses klaim, semua dokumen yang dibutuhkan wajib diserahkan. Asuransi memiliki hak untuk meminta dokumen tambahan apabila diperlukan.***
3. Submission of required documents does not guarantee approval of your claim. The submitted documents will be received and evaluated, subject to limits, terms and conditions of your existing Travel Policy.  
***Pemenuhan dari dokumen yang dibutuhkan bukan merupakan jaminan penggantian klaim. Dokumen yang diserahkan akan dianalisa dan dievaluasi, berdasarkan limit, syarat dan kondisi dari Polis Perjalanan anda.***

### INSURED INFORMATION / DATA Peserta

Name of Insured <b><i>Nama Peserta</i></b>	Age <b><i>Usia</i></b>	Sex <b><i>Jenis Kelamin</i></b>
	Policy No. <b><i>No. Polis</i></b>	
Address <b><i>Alamat</i></b>	Telephone No. <b><i>No. Telephone</i></b>	
	Mobile Phone No. <b><i>No. Ponsel</i></b>	
Email Address <b><i>Alamat Email</i></b>	Office Phone No. <b><i>No. Telepon Kantor</i></b>	

### CLAIMANT INFORMATION / DATA PENGAJU KLAIM

Name of Claimant <b><i>Nama Pengaju Klaim</i></b>	Age <b><i>Usia</i></b>	Sex <b><i>Jenis Kelamin</i></b>
Address <b><i>Alamat</i></b>	Telephone No. <b><i>No. Telephone</i></b>	
	Mobile Phone No. <b><i>No. Ponsel</i></b>	
Email Address <b><i>Alamat Email</i></b>	Office Phone No. <b><i>No. Telepon Kantor</i></b>	
Relationship with the Insured <b><i>Hubungan dengan Peserta</i></b>		

### LOSS / KERUGIAN

Type of Loss <b><i>Jenis Kerugian</i></b>
Date and Time of Loss <b><i>Tanggal dan Waktu Kerugian</i></b>
Place of Loss <b><i>Tempat terjadinya kerugian</i></b>
Chronology of Loss <b><i>Kronologi terjadinya kerugian</i></b>

**DETAILS OF INJURY OR SICKNESS / RINCIAN CEDERA ATAU PENYAKIT**

Nature and Condition of Injury or Sickness

**Sifat dan kondisi cedera atau sakit :**

Place/ Address where injury or sickness occurred

**Tempat/Alamat dimana cedera atau sakit terjadi:****TO BE FILLED BY CONSULTING PHYSICIAN / DIISI OLEH DOKTER YANG MEMERIKSA**

Hospitalization/ Consultation Dates

**Tanggal Konsultasi/Perawatan :**

Name of Hospital

**Nama Rumah Sakit :**

Attending Physician

**Dokter yang Memeriksa :**

Hospital Address

**Alamat Rumah Sakit:**

Phone Number :

**No. Telephone**

Fax Number:

**No. Fax**

Date/s when patient had any prior treatment of the same illness?

**Tanggal pasien mendapatkan perawatan sebelumnya untuk penyakit yang sama?**

Anamnesa

**Anamnesa**

Physical Examination

**Pemeriksaan Fisik**

Primary Diagnosis

**Diagnosa Utama**

Additional Diagnosis

**Diagnosis Tambahan**

Therapy

**Terapi**

I, as the consulting physician, have treated this patient and confirmed that information is true and complete to the best of my knowledge and belief

**Saya, dokter yang merawat/memeriksa dengan ini menyatakan keterangan diatas adalah benar dan lengkap menurut pengetahuan dan keyakinan saya.**

\_\_\_\_\_

Stamp, Name, Signature of Physician

**Stempel, Nama, Tanda tangan & Alamat Dokter****PAYMENT OF CLAIMS/PEMBAYARAN KLAIM**

Account Name

**Nama pada Rekening**

Name of Bank

**Nama Bank**

Account Number

**Nomor Rekening**

Additional Information (Must be filled in and affix a stamped signature if payment of the claim is not to the Insured)

**Info Tambahan (Wajib diisi & bubuhkan tandatangan Peserta bermaterai jika pembayaran klaim bukan ke Peserta)**

I hereby authorize the transfer of claim payments to the account above and free up Zurich from all lawsuits for the transfer of this claim payments.

**Dengan ini saya memberikan Kuasa untuk mengalihkan pembayaran klaim ke rekening diatas dan membebaskan Zurich atas segala tuntutan hukum atas pengalihan pembayaran klaim tersebut.**

Relationship with the Insured

**Hubungan dengan Peserta**

Address

**Alamat**

Postal Code / Kode Pos :

Telephone Number

**Nomor Telepon/HP****DECLARATION / PERNYATAAN**

1. 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.

**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.**

2. 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.

**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**

3. 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.

**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.**

4. 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.

**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.**

5. 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.

**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.**

6. 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.**

**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.**

Ditandatangani Untuk & Atas Nama Peserta

**Signature & On Behalf of the Insured**

Date

**Tanggal**

ID Card/Passport No.

**Nomor Identitas/Paspor**

Nama Lengkap / Full Name

#### CLAIM DOCUMENT / **DOKUMEN KLAIM**

Claims document will depend on the type of benefit claims submitted.

**Dokumen klaim akan tergantung jenis klaim pada manfaat yang diajukan.**

The following are documents which We will require in general :

**Berikut adalah dokumen yang pada umumnya akan Kami perlukan :**

1. Claim form / **Formulir klaim** .
2. Travel Ticket Proof or Boarding Passes (if trip started) / **Bukti Tiket Perjalanan atau Boarding pass (jika perjalanan sudah dimulai).**
3. Copy of KTP/KITAS/Passport / **Fotokopi KTP/KITAS/Passport**
4. Copy of Passport (pages with pictures/details and dates stamped for entries and departures from immigration), untuk perjalanan Internasional / **Fotokopi paspor (halaman yang berisi data diri dan foto serta halaman yang berisi stempel keberangkatan dan kedatangan dari imigrasi) for International travel.**

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

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

In certain circumstances, We may require other evidence to support Your claims submission. The documents must be provided at

**Dalam keadaan tertentu, Kami mungkin akan memerlukan bukti lain untuk mendukung pengajuan klaim Anda.**