

Formulir Klaim

Claim Form

Diisi oleh Pemegang Polis, atau Tertanggung, atau Penerima Manfaat

Filled by Policyholder, or Insured, or Beneficiary

Seluruh data and informasi pada Formulir Klaim, Surat Kuasa Pemberian Rekam Medis, dan Surat Keterangan Dokter wajib diisi dan disampaikan dengan lengkap, benar, dan jelas.

Apabila ruang yang tersedia tidak mencukupi, dapat menggunakan kertas lain dan melampirkannya bersama dengan Formulir Klaim ini.

All data and information on the Claims Form, Letter power Attorney to Disclose Medical Resume, and Doctor's Certificate must be completed and submitted completely, correctly, and clearly. If the available space is insufficient, please use another paper and attach them together with this Claim Form.

Tipe Asuransi

Insurance Type

☐

Individu
Individual

☐

Kumpulan
Group

Jenis Klaim

Type of Claim

☐

Meninggal Dunia
Death

☐

Kecelakaan Diri
Personal Accident

☐

Pembebasan Premi
Waiver of Premium

☐

Rawat Inap
Inpatient

☐

Penyakit kritis
Critical Illness

☐

Cacat Total dan Tetap
Total and Permanent Disability

Nama Produk

Product Name

Yang bertandatangan di bawah ini:

The undersign below:

Nama lengkap

Full name

Jenis kelamin

Gender

☐

Pria

Male

☐

Wanita

Female

Nomor identitas

ID Number

Alamat

Address

Kode pos

Postal Code

Hubungan dengan Tertanggung

Relationship with the insured

☐

Pemegang Polis
Policyholder

☐

Penerima Manfaat
Beneficiary

☐

Tertanggung
Insured

☐

Lainnya
Other

Alamat Email

Email Address

Nomor telepon

Phone number

Menerangkan bahwa:

Explain that:

Nomor polis

Policy Number

Nama Pasien/Tertanggung

Name of Patient/Insured

Tanggal lahir (Tanggal/bulan/tahun)

Date of birth (Date/Month/Year)

Jenis kelamin

Gender

☐

Pria

Male

☐

Wanita

Female

Diagnosa

Diagnose

☐

Berikan tanda Checklist disini untuk Klaim Meninggal Dunia

Give the checklist sign here for the death claim

Telah meninggal dunia karena

Reason passed away

☐

Penyakit

Disease

☐

Kecelakaan

Accident

Tanggal & Tempat meninggal dunia

Date & Place of death

Kronologis

Chronology

Apakah yang menyebabkan kondisi ini?

What caused this condition?

☐

Penyakit

Disease

☐

Kecelakaan

Accident

Tanggal kejadian

Event Date

Polis-polis dari asuransi lain yang dimiliki
Please mention all policies owned (if any)

Perusahaan Asuransi
Insurance Company

Nomor Polis
Policy No

Uang Pertanggungan
Sum Assured

Pembayaran manfaat asuransi *Payment of insurance benefit*

- Lengkapi formulir deklarasi ini untuk Penerima Manfaat.
Complete the self declaration form for individual customer.
- Cantumkan nama serta nomor rekening bank untuk pembayaran jika klaim ini disetujui
Fill in the name and bank account, to transfer the fund when the claim is approved

Nama bank
Bank name

Nomor rekening
Account number

Warga negara
Nationality

Nama pemilik rekening
Account holder name

Apakah Anda merupakan wajib pajak negara lain?
Are you tax resident of other country except Indonesia?

☐

Tidak
No

☐

Ya
Yes

Untuk Klaim Meninggal dengan Penerima Manfaat lebih dari 1 (Satu), silakan melengkapi bagian berikut ini:
For Death Claim with multiple beneficiaries, please complete the following section:

Penerima manfaat II *Beneficiary II*

Nama bank
Bank name

Nama pemilik rekening
Account holder name

Warga negara
Nationality

Nama pemilik rekening
Account holder name

Apakah Anda merupakan wajib pajak negara lain?
Are you tax resident of other country except Indonesia?

☐

Tidak
No

☐

Ya
Yes

Penerima manfaat III *Beneficiary III*

Nama bank
Bank name

Nomor rekening
Account number

Warga negara
Nationality

Nama pemilik rekening
Account holder name

Apakah Anda merupakan wajib pajak negara lain?
Are you tax resident of other country except Indonesia?

☐

Tidak
No

☐

Ya
Yes

Penerima manfaat IV *Beneficiary IV*

Nama bank
Bank name

Nomor rekening
Account number

Warga negara
Nationality

Nama pemilik rekening
Account holder name

Apakah Anda merupakan wajib pajak negara lain?
Are you tax resident of other country except Indonesia?

☐

Tidak
No

☐

Ya
Yes

Dengan ini Saya memberikan persetujuan kepada Zurich Life untuk memberikan data pribadi Saya kepada pihak lain untuk tujuan kegiatan promosi atau tujuan komersial, dan membebaskan Zurich Life dari segala tuntutan yang timbul akibat pemberian data-data.
I give approval to Zurich Life for provide my personal data to other parties for the purpose of promotion or commercial purposes, and release Zurich Life from any demands generated by data.

☐

Setuju
Agree

☐

Tidak setuju
Disagree

PERNYATAAN PEMEGANG POLIS DAN/ATAU TERTANGGUNG *STATEMENT OF POLICYHOLDER AND/OR INSURED*

Dengan menandatangani pernyataan di bawah ini dan/atau melengkapi atau mengajukan aplikasi ini, Pemegang Polis/Penerima Manfaat setuju bahwa: *By signing of these statements and/or completing or apply for this form, the Policyholder/Beneficiaries agree that:*

1. Saya memahami bahwa Saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan itikad terbaik (*utmost good faith*) dalam setiap pengajuan permohonan asuransi, permohonan pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis, maupun permohonan lain yang berkaitan dengan Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya), serta dalam pengajuan klaim Manfaat Asuransi ("Permohonan Nasabah").

Ini berarti Saya memahami bahwa Saya wajib, dan telah mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material termasuk data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan, dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan Zurich Life dalam menerima atau menolak Permohonan Nasabah dan/atau menetapkan jumlah Premi.

Dengan memahami hal ini, Saya berkomitmen untuk selalu memberikan informasi yang jujur dan transparan demi kelancaran proses asuransi.

I confirm that every insurance application, policy reinstatement request, policy change request, or any other requests related to the policy, as well as when submitting a claim for insurance benefits ("Customer Request"), is made honestly and in good faith.

This means all material facts accurately and completely—including data, information, answers, statements, conditions, and any facts that may influence Zurich Life's decision to accept or decline a request, or to determine the premium amount.

By understanding this, I am committed to always providing honest and transparent information to ensure a smooth insurance process.

2. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan, dan/atau fakta yang Saya berikan ("Informasi Nasabah") dalam SPAJ, formulir pemulihan Polis, formulir perubahan Polis, formulir klaim Manfaat Asuransi, serta setiap formulir dan dokumen lain yang dipersyaratkan oleh Zurich Life ("Dokumen Permohonan") sebagai bagian dari pengajuan Permohonan Nasabah telah Saya sampaikan secara lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kondisi sebenarnya, dan konsisten antara satu dengan lainnya. Saya juga memastikan tidak ada informasi Nasabah yang Saya sembunyikan, baik secara sengaja maupun tidak sengaja.

I declare and warrant that all data, information, answers, statements, and/or facts I have provided ("Customer Information") in the SPAJ, policy reinstatement form, policy change form, insurance benefit claim form, and any other forms or documents required by Zurich Life ("Application Documents") as part of my Customer Request are complete, correct, accurate, up-to-date, reflect the actual conditions, and are consistent with one another. I also confirm that no Customer Information has been withheld, whether intentionally or unintentionally.

3. Jika Informasi Nasabah sebagaimana dimaksud di poin ke-2 ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya, tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Nasabah yang disembunyikan, maka dengan menandatangani [Formulir Klaim] ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI bahwa Zurich Life dapat melakukan tindakan berikut.

If the Consumer Information mentioned in point (2) is found to be incomplete, incorrect, inaccurate, not up-to-date, does not reflect the actual circumstances, is inconsistent, or if any Consumer Information has been withheld, by signing this [Claim Form], I AGREE AND CONSENT to Zurich Life taking the following actions:

- a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan serta tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
Reject any insurance benefit claim submitted and withhold payment of all or part of the insurance benefit.
- b. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan maupun sebagian, misalnya hanya pada Asuransi Dasar atau Asuransi Tambahan), dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi untuk Asuransi Tambahan, jika relevan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan (jika ada), Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan (jika ada) dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
Cancel the policy (either in full or partially, such as for the Basic Insurance/Policy or any rider/additional coverage), with a refund of the premium (or insurance charges for the rider/additional coverage, as applicable) that has been paid, after deducting any internal medical examination costs, insurance benefits already paid, and any costs incurred at the time of policy issuance;
- c. Mengakhiri Polis (baik seluruhnya maupun hanya terbatas pada Asuransi Tambahan), tanpa kewajiban mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian Informasi Nasabah pada Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Nasabah yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Dalam hal ini, Saya juga menyetujui bahwa Zurich Life hanya akan membayarkan Nilai Investasi (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi), jika ada.
Terminate the policy (in full or only for additional coverage) without any obligation to refund premiums and/or insurance charges if there is evidence of fraud, forgery, or intentional misrepresentation in the Consumer Information provided in the Application Documents, or if any material Consumer Information has been concealed. In such cases, I also agree that Zurich Life will only pay the Cash Value (for Investment-Linked Insurance Products), if applicable.
- d. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), serta menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Asuransi Dasar maupun Asuransi Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
Reassess the risk (re-underwriting) and add additional terms and conditions to the policy (whether the basic policy or any rider/extra coverage) including adding excluded risks, adjusting the sum insured, and/or changing the premium or insurance charges that must be paid; and/or
- e. Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi apabila dari hasil penilaian ulang risiko (*re-underwriting*) jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar dari yang tercantum di Polis. Zurich Life juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Investasi yang ada dalam Polis Saya dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Untuk itu, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi.
Collect any shortfall in premiums and/or insurance charges if, because of the risk reassessment (re-underwriting), the amount due is higher than what is stated in the policy. Zurich Life also reserves the right to offset this shortfall against the Cash Value in my policy and/or any insurance benefits payable. In such cases, I am required to pay any outstanding premiums and/or insurance charges, if any.

4. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, saya dengan ini menegaskan bahwa:

In connection with the cancellation or termination of the policy as stated above, I hereby confirm that:

- a. Dengan menandatangani Formulir Klaim, Saya menyatakan persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Zurich Life jika terjadi hal-hal yang dimaksud di poin ke-3; dan
By signing this Claim Form, I confirm my agreement to the cancellation or termination of the policy by Zurich Life should any of the situations described in point 3 occur
- b. Saya setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mewajibkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan melalui putusan pengadilan.
I agree to waive the provisions of Article 1266 of the Indonesian Civil Code and/or any other applicable laws and regulations that require policy cancellation or termination to be executed through a court decision.

PERNYATAAN PENERIMA MANFAAT (ATAU PIHAK LAIN YANG TIDAK PERNAH MENANDATANGANI SPAJ)

STATEMENT OF BENEFICIARY (OR ANOTHER PARTY WHO HAS NOT SIGNED THE INSURANCE APPLICATION FORM SPAJ)

1. Saya memahami bahwa Pemegang Polis, Tertanggung, Pembayar Premi atau pihak terkait lainnya telah memberikan data dan informasi kepada Zurich Life - disebut sebagai "Informasi yang Sudah Ada Sebelumnya" pada dokumen:

I understand that the Policyholder, the Insured, the Premium Payer, or other relevant parties have provided data and information to Zurich Life—referred to as "Pre-existing Information"—through the following documents:

- a. SPAJ;
Application or Submission Form;
- b. Formulir Pemulihan atau Perubahan Polis; dan
Policy Reinstatement or Change Form; and
- b. Dokumen lain yang relevan, termasuk dokumen yang diberikan setelah Polis berlaku.
Other relevant documents, including those submitted after the Policy becomes effective.

2. Saya menyatakan bahwa Saya tidak berhak dan tidak akan membantah, menyanggah, mempertanyakan, atau mempermasalahkan kebenaran Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya. Saya juga menyatakan bahwa Saya menerima seluruh ketentuan Polis, termasuk Endorsemen jika ada.
- I confirm that I am not entitled to, and will not, dispute, challenge, question, or object to the accuracy of the Pre-Existing Information. I also agree to all the terms and conditions of the Policy, including any Endorsements, if applicable.*
3. Saya menyatakan dan menjamin bahwa seluruh data, informasi, dan dokumen yang Saya berikan dalam formulir klaim ini, maupun dokumen lainnya yang dipersyaratkan oleh Zurich Life sebagai bagian dari pengajuan klaim manfaat asuransi ("Informasi Nasabah"), sudah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan keadaan sebenarnya dan konsisten antara satu dan dengan lainnya. Saya juga menyatakan dan menjamin tidak ada Informasi Nasabah yang Saya sembunyikan.
- I confirm that all data, information, and documents I have provided in this claim form, as well as any other documents requested by Zurich Life as part of the insurance benefit claim process ("Consumer Information"), are complete, true, accurate, current, and reflect the actual situation. I also confirm that no Consumer Information has been withheld, and all the information I have provided is consistent with one another.*
4. Jika sebagian atau seluruh (i) Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya; dan/atau (ii) Informasi Nasabah yang Saya berikan tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terbaru, tidak sesuai dengan keadaan kenyataan, tidak konsisten, atau ada informasi yang Saya sembunyikan, maka dengan menandatangani Formulir Klaim ini, Saya menyetujui jika Zurich Life melakukan hal-hal berikut:
- If any part or all of (i) Pre-Existing Information; and/or (ii) Customer Information is found to be incomplete, incorrect, inaccurate, not up-to-date, does not reflect the actual conditions, is inconsistent, or if any Customer Information has been withheld, by signing this Claim Form, I agree that Zurich Life may take the following actions:*
- a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan, dan tidak membayarkan seluruh atau Sebagian Manfaat Asuransi;
- Reject any insurance benefit claim submitted and withhold payment of all or part of the insurance benefit;*
- b. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), serta menyesuaikan uang pertanggungan, Premi atau Biaya Asuransi yang wajib dibayarkan; dan/atau
- Reassess the risk (re-underwriting), and adjust the sum insured, premium or insurance charges that need to be paid; and/or*
- c. Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi apabila dari hasil penilaian ulang risiko (*re-underwriting*) jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar dari yang tercantum di Polis. Zurich Life juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Investasi yang ada dalam Polis Saya dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan.
- To collect any shortfall in premiums or insurance fees if the risk reassessment (re-underwriting) indicate a payment that is less than the amount stated in the policy. Zurich Life also has the right to offset this shortfall against the Investment Value in the Policy or any insurance benefits payable*
5. Pemegang Polis/Penerima Manfaat mengerti dan memahami bahwa pemrosesan data pribadi dan data pribadi sensitif diperlukan untuk pembayaran Klaim Asuransi yang saya ajukan, dan Pemegang Polis/Penerima Manfaat memahami bahwa Zurich Life akan mengambil segala tindakan yang diperlukan untuk menjaga kerahasiaan dan keamanan data pribadi. Rincian berkas data pribadi dan data pribadi sensitif yang diperlukan untuk kepentingan pelaksanaan Klaim ini akan disebutkan dalam Formulir ini.
- The Policyholder/Beneficiary understands and acknowledges that the processing of personal data and sensitive personal data is necessary for the payment of the Insurance Claim that I have submitted, and the Policyholder/Beneficiary understands that PT Zurich Topas Life will take all reasonable measures to maintain the confidentiality and security of personal data. The details of the personal data and sensitive personal data which is required for the implementation of this Claim will be specified in this Form.*
6. Pembayaran hanya akan ditujukan ke (para) Penerima Manfaat yang tertera dalam Polis kecuali (para) Penerima Manfaat membuat surat kuasa kepada penerima kuasa untuk menerima manfaat dengan menjelaskan tujuan atau alasannya.
- Payment will only be paid to the Beneficiary (-ies) listed in the Policy except Beneficiary (-ies) provide a power of attorney including the explanation of the purposes/reason to the attorney to receive the benefits.*
7. Pemegang Polis/Penerima Manfaat menyetujui penggunaan informasi yang diberikan kepada Zurich Life dan Pemegang Polis/Penerima Manfaat akan memberikan informasi yang diminta Zurich Life dari waktu ke waktu dan mengizinkan Zurich Life untuk memberikan informasi tersebut kepada pihak berwenang lokal dan asing, perusahaan induk atau grup Zurich untuk memenuhi ketentuan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- Policyholder/Beneficiary agree to allow Zurich Life to use the information given and Policyholder/Beneficiary will provide requested information by Zurich Life from time to time and to allow PT Zurich Topas Life to provide such information to the appropriate authorities of local and foreign, mother company or Zurich group to comply with applicable laws and regulations.*
8. Pemegang Polis atau Penerima Manfaat akan memberitahukan kepada Zurich Life dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender atau sesegera mungkin atas segala perubahan informasi yang telah Pemegang Polis atau Penerima Manfaat berikan kepada Zurich Life, termasuk setiap kondisi yang dapat menyebabkan perubahan status wajib pajak Pemegang Polis atau Penerima Manfaat seperti tempat tinggal, alamat, nomor telepon dan kewarganegaraan.
- Policyholder/Beneficiaries will inform Zurich Life within 30 (thirty) days calendar or as soon as possible for any changes of the information that has been given by Policyholder/Beneficiary including any condition that may cause a change in the status of the tax resident of Policyholder/Beneficiaries such as place of residence, address, telephone number and citizenship.*
9. Pemegang Polis atau Penerima Manfaat dengan ini melepaskan hak-hak yang mungkin Pemegang Polis atau Penerima Manfaat miliki yang dapat mencegah Zurich Life untuk memenuhi ketentuan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- Policyholder/Beneficiaries are hereby waive rights that Policyholder/Beneficiaries may have to prevent Zurich Life to comply with applicable laws and regulations.*
10. Saya atau kami menyatakan bahwa saya dan Penerima Manfaat lainnya telah menjawab semua pertanyaan yang dipersyaratkan dengan benar, jujur, dan lengkap sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Saya atau kami memberikan persetujuan serta kuasa kepada Zurich Life untuk memberikan informasi mengenai atau sehubungan dengan Saya kepada regulator, otoritas pajak Indonesia, otoritas pajak Amerika Serikat dan/atau otoritas pajak negara mitra/ atau yuridiksi mitra. Apabila disyaratkan oleh regulasi, otoritas pajak Indonesia, otoritas pajak Amerika Serikat, dan/atau otoritas pajak negara mitra/ yuridiksi mitra, Saya atau kami memahami dan menyetujui bahwa Zurich Life dapat, dari waktu ke waktu meminta dokumen atau informasi tambahan dari Saya atau kami, dan Saya atau kami wajib untuk menyediakan dokumen atau informasi tersebut. Saya atau kami bersedia dan menjamin untuk memberitahukan Zurich Life secara tepat waktu apabila terdapat perubahan informasi yang telah Saya atau kami berikan kepada Zurich Life
- I, we, certify that I and other Beneficiaries have answered all required questions correctly, honestly, and completely in accordance with the actual situation. I/we give consent and authorize to the Insurer to provide information on, or, in connection with me to the regulator, the Indonesia tax authorities, Tax authority of the United States and /or State tax authorities partner/partner jurisdictions. If required by the regulator, the Indonesian tax authorities, Tax authority of the United States and/or State tax authorities partner/partner jurisdiction, I/we understand and agree that the Insurer may, from time to time, asking for documents or any additional information from Me/us, and I/we shall provide documents or information. I/we are willing and guarantee to notify the Zurich Life in a timely manner if there are changes to the information I have provided to the Zurich Life.*
11. Saya dengan ini menyatakan bahwa semua yang diberikan di dalam formulir klaim ini adalah benar dan lengkap. Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatangani formulir klaim ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Pemegang Polis atau Penerima Manfaat.
- I hereby declare that all given information in this Claim Form is true and complete. As a result of legal and/or losses arising because signing Claim Form in an empty or unfilled condition becoming the responsibility of the Policyholder and Beneficiary.*

12. Bahwa Pemegang Polis dan/atau Penerima Manfaat telah mendapatkan konfirmasi dari Tertanggung (dalam hal Tertanggung berbeda dengan Pemegang Polis) mengenai kebenaran informasi/ Pernyataan atas diri Tertanggung yang tercantum dalam formulir ini dan membebaskan Zurich Life dari tuntutan pihak manapun termasuk dan tidak terkecuali dari Tertanggung.

That the Policyholder and/or Beneficiary has received confirmation from the Insured (in case the Insured is different from the Policyholder) regarding the truthfulness of the information/statement of insured that is stated in this form and release Zurich Life of the charges from any party, including but not exempt from Insured.

Tempat & Tanggal

Place & Date

d	d	/	m	m	/	y	y	y	y

Pemegang Polis/Tertanggung/Penerima Manfaat

Policyholder/Insured/Beneficiary

Tanda tangan & nama

Signature & Name

BERKAS YANG DIPERLUKAN UNTUK DILAMPIRKAN DALAM FORMULIR KLAIM

Documents required to be attached to this Claim Form

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Surat Keterangan Dokter yang merawat Tertanggung/Peserta (asli)2. Surat Kuasa Pemberian Rekam Medis (asli)3. Kuitansi pelayanan medis (asli)4. Rincian biaya pelayanan medis (asli)5. Seluruh hasil pemeriksaan penunjang (salinan)6. Identitas Pemegang Polis dan Tertanggung/Peserta (salinan)7. Halaman Depan Buku Tabungan (salinan)8. Surat Keterangan dari Kepolisian, jika akibat kecelakaan/sebab tidak wajar (asli)9. Dokumen tambahan atas pengajuan klaim meninggal dunia10. Polis atau Sertifikat Polis (asli)10. Surat Keterangan Dokter untuk meninggal dunia (Asli)11. Surat Keterangan Kematian dari Instansi yang berwenang (Asli/Legalisir)12. Salinan identitas Pendukung Penerima Manfaat yang berlaku<ul style="list-style-type: none">Penerima Manfaat : Bukti PendukungSuami/Istri : KTP Suami/Istri & Akta NikahAnak : KTP Anak & Akta LahirOrang Tua : KTP Orang Tua & Akta Lahir Tertanggung/PesertaSaudara Kandung : KTP Saudara Kandung, Akta Lahir Saudara Kandung & Akta Lahir Tertanggung/Peserta13. Dokumen lain yang wajar dan relevan yang diperlukan untuk penyelesaian klaim | <ol style="list-style-type: none">1. Original Attending Physical Statement who in charge for the insured2. Original Power of Attorney to Disclose Medical Resume3. Original medical service receipts4. Original details of the cost of medical services5. Copy of all medical examinations report6. Copy of identity & Insured7. Copy of the front page of the bank account8. Original Police Report if caused by accident9. Additional documents for filing a death claim:9. Original Policy or Policy Certificate10. Original Physical Statement for death11. Original/Legalized Certificate of Death from the authorized agency12. Copy of Supporting document for Beneficiary<ul style="list-style-type: none">Beneficiary : Supporting documentsHusband/Wife : Identity card of Husband/Wife & Marriage CertificateChild : Identity card of Child & Birth CertificateParents : Identity card of parents & Insured Birth CertificateSibling : Identity card of Sibling, Sibling's Birth Certificate & Insured's Birth Certificate13. Other document which relevant, reasonable and required for the settlement of claim |
|--|--|

Departemen Klaim
Claim Department

Surat Kuasa Pemberian Rekam Medik

Power of Attorney to Disclose Medical Record

Diisi oleh Pemegang Polis, atau Tertanggung, atau Penerima Manfaat
Filled by Policyholder, or Insured, or Beneficiary

Yang bertandatangan di bawah ini:
The undersign below:

Nama lengkap Full name				Jenis kelamin Gender	☐ Pria Male	☐ Wanita Female
Tanggal lahir (Tanggal/bulan/tahun) Date of birth (Date/month/year)	/ /					
Alamat Address				Kode pos Postal Code		
No. Telepon Phone number	Handphone: Handphone			Rumah/Kantor: Home/office		
Nomor identitas ID Number						
Hubungan dengan Tertanggung Relationship with the Insured	☐ Diri Sendiri Myself	☐ Suami husband	☐ Istri Wife	☐ Anak Child	☐ Lain-lain Others	

Dengan ini saya memberikan kuasa penuh kepada:
I hereby authorize:

- Dokter, Rumah Sakit/Klinik maupun institusi pelayanan medis lainnya untuk memberikan keterangan dan/atau catatan medis, sehubungan dengan diagnosa dan/atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya atau keluarga Saya yang menjadi Tertanggung.
Physician, Hospital/Clinic or any other medical institution to give the information and/or medical record, according to the diagnosis and/or medication treatment which given to me or my family as the Insured.
- Zurich Life untuk mendapatkan informasi medis dari setiap dokter yang merawat/dokter yang mewakili Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Praktisi Medis, setiap perusahaan asuransi atau orang lain yang telah memeriksa, merawat atau mengobati pasien tersebut diatas, mengenai segala hal yang diperlukan sehubungan dengan kesehatan dalam rangka memproses klaim asuransi yang saya ajukan.
Zurich Life to obtain any medical information from attending physician/doctor which represent Hospital, Clinic, Public Health Center, Medical Practitioner, insurance company or any other person who examine, nurse or cure the above patient in connection with the health in regards to process my insurance claim.

Saya setuju bahwa salinan Surat Kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan sah seperti aslinya. Demikian Surat Kuasa ini saya buat dengan sebenarnya dan tanpa paksaan dari pihak manapun.
I agree that a photocopy of this power of attorney should be as valid and legal as the original. This power of attorney is true and duly execute and performed without any compulsion from any parties

Tempat & Tanggal _____, ____/____/_____
Place & Date

Pemberi kuasa
The principal

(materai Rp 10.000)

Tandatangan & nama
Signature & Name