

CLAIM FORM/ FORMULIR KLAIM

ZURICH *Passport*

Travel Insurance/ Asuransi Perjalanan



Insured's Detail / Detail Tertanggung

| | | | |
|----------------------------------|-----------------------|----------------|--|
| Insured's Name/Nama Tertanggung: | Policy No./No. Polis: | Age/Usia | Sex/Gender <input type="checkbox"/> Male/Pria <input type="checkbox"/> Wanita/ Female |
| Address/Alamat: | Tel/Telp: | _____ or _____ | |
| Occupation/Pekerjaan: | Email/Email: | _____ | |

Claimant's Detail / Detail Pengaju Klaim

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

| | |
|-------------------------------------|-------------------|
| Claimant's Name/Nama Pengaju Klaim: | Relation/Hubungan |
| _____ | _____ |

Type of Loss Occurred / Jenis Kerugian Yang terjadi

type of Loss / Jenis Klaim _____

Please submit completely cronology that happened and quantity of claim

Harap menceritakan kronologis kejadian dan kuantitas kerugian dari claim

Fill in for Accident or Sickness Related Claim / Isi untuk Klaim Terkait Kecelakaan atau Sakit

| | |
|---|--|
| Nature & condition of Injury or Sickness/Sifat dan kondisi Cedera atau Sakit: | Doctor's Fee/ Biaya Dokter: |
| _____ | _____ |
| Have you had prior treatment for this condition/Pernah mendapat perawatan sebelumnya untuk kondisi ini? Yes/ya No/Tidak When/Kapan _____ | Medicine/Obat-obatan: _____ |
| Name of Hospital & Doctor>Nama Rumah Sakit & Dokter | Others (specify)/Lainnya (jelaskan) _____ |
| Name & Address of your usual attending Physician/ Nama & Alamat dari Dokter Pribadi Anda | Total/Jumlah Total: _____ |

To be Fill in by Attending Physician only / Untuk diisi Oleh Dokter

| | |
|--|----------------------------------|
| Diagnosis/Diagnosa: | Date/Tanggal: |
| _____ | _____ |
| When did patient's symptom first occur?/kapan gejala pertama terjadi? | Date/Tanggal: |
| _____ | _____ |
| When did patient first consult you this condition?/Kapan pertama kali pasien berkonsultasi pada Anda? | Sign & Stamp/ Tanda Tangan & Cap |
| _____ | _____ |
| Describe any other disease or infirmity affecting present condition Jelaskan komplikasi atau penyakit lain yang mempengaruhi kondisi sekarang | |
| _____ | |
| _____ | |

Fill in for Personal Baggage Related Claim / Diisi untuk Klaim Terkait Bagasi Pribadi

| LOSS/DAMAGED ITEM <i>Barang yang Hilang/Rusak</i> | QTY <i>Jumlah</i> | Date of Purchase <i>Tanggal Pembelian</i> | Place of Purchase <i>Tempat Pembelian</i> | Actual Cost <i>Harga sesudah Depresiasi</i> |
|--|----------------------|--|--|--|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Fill in for Delay Related Claim / Diisi untuk Terkait Klaim Penundaan

| | |
|---|---|
| Schedule arrival place, date & time/ <i>Jadwal kedatangan tempat, tanggal & waktu</i> | Actual arrival place, date & time/ <i>Tempat, tanggal & waktu tiba sebenarnya</i> |
| _____ | _____ |

Fill in for curtailment & Cancellation Claim / Diisi untuk Klaim Pengurangan & Pembatalan

| | |
|---|--|
| When and where was holiday booked/ <i>Kapan dan dimana perjalanan di booking?</i> | Date of return/cancellation/ <i>Tanggal kembali/pembatalan</i> |
| _____ | _____ |
| Intended departure date/ <i>Rencana tanggal keberangkatan</i> | Amount paid in advance/ <i>Jumlah yang telah dibayar</i> |
| _____ | _____ |
| Reason for curtailment/cancellation/ <i>Alasan pengurangan atau pembatalan perjalanan</i> | Amount recoverable/ <i>Jumlah uang yang dapat dikembalikan</i> |
| _____ | _____ |
| | Amount claimed/ <i>Jumlah yang di klaim</i> |
| | _____ |

Fill in for Personal Liability Related Claim / Diisi untuk Klaim Terkait Tanggung Jawab Terhadap Pihak Ketiga

| | |
|--|---|
| Name of owner/ <i>Nama pemilik</i> | Name of Injured/ <i>Nama korban Cedera</i> |
| _____ | _____ |
| Address/ <i>Alamat:</i> | Address/ <i>Alamat:</i> |
| _____ | _____ |
| King of property & extent of damage/ <i>Jenis barang & sifat kerusakan</i> | Hospital or Doctor, address & telephone/ <i>RS atau Dokter yang merawat, Alamat & Telepon</i> |
| _____ | _____ |
| Amount Claimed/ <i>Jumlah yang di klaim</i> | Nature of Injury/ <i>Jenis Cedera</i> |
| _____ | _____ |

Declaration and Authorization Letter / Deklarasi & Surat Kuasa

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.

I hereby authorize any hospital, physician or other person, who has attended or examined me, to furnish to PT Zurich Insurance Indonesia or its authorized representatives, any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultations, prescriptions or treatment copies of all hospital or medical records. A photostatics copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

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.

Dengan ini saya memberi kuasa pada rumah sakit, dokter atau orang yang merawat dan memeriksa saya untuk melengkapi kepada PT Zurich Insurance Indonesia atau wakilnya yang berwenang, semua keterangan sehubungan dengan penyakit atau cedera, riwayat pengobatan, konsultasi, pemberian resep atau perawatan dan turunan dari semua catatan atau record rumah sakit. Fotokopi dari surat kuasa ini dianggap sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama dengan aslinya.

| | | |
|------------------------|--|---|
| Date <i>Tanggal</i> | Signature of the Claimant <i>Tanda tangan yang mengajukan klaim</i> | Signature of the Insured <i>Tanda tangan Tertanggung</i> |
| _____ | _____ | _____ |

Method of Claim Payment / Cara Pembayaran Klaim

Policy Holder's Name/ Nama Pemegang Polis : _____

Policy No. / No. Polis : _____

Bank Transfer Information / Information Bank : _____

 Name of Bank-Branch / Nama Bank-Cabang : _____

 Account No. / No. Rekening : _____

 Care of / Atas Nama : USD IDR _____