

# ASURANSI MIKRO BAN / TYRE MICRO INSURANCE

Formulir Klaim / Claim Form



## A. DETAIL TERTANGGUNG / INSURED DETAIL

No. Polis <i>Policy No.</i>			
Nama Tertanggung <i>Insured Name</i>			
No. Identitas <i>Identity No.</i>	(KTP / SIM / Passport)		
Alamat Tempat Tinggal <i>Domicile Address</i>			
	Kode Pos <i>Postal Code</i>		
No Telp/HP <i>Telephone/Handphone No.</i>			
Alamat Email <i>Email Address</i>			

## DATA PERTANGGUNGAN / LIABILITY DATA

Tipe Kendaraan <i>Type of Vehicle</i>	<input type="checkbox"/> Mobil / Car	<input type="checkbox"/> Motor / Motorcycle	
Periode Asuransi <i>Insurance Period</i>	<input type="checkbox"/> 6 Bulan / 6 Months	<input type="checkbox"/> 1 Tahun / 1 Year	
Merek Ban <i>Brand of Tyre</i>			
Nama Seri Ban <i>Series Name of Tyre</i>			
Ukuran Ban <i>Size of Tyre</i>			
Tahun Produksi Ban <i>Production Year of Tyre</i>			
Konstruksi Ban <i>Construction of Tyre</i>	<input type="checkbox"/> Radial	<input type="checkbox"/> Bias	<input type="checkbox"/> Tubeless
Jenis Ban <i>Type of Tyre</i>			
Tanggal Pembelian Ban <i>Purchase Date of Tyre</i>			
Harga Pembelian Ban <i>Purchase Price of Tyre</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"/> Kerusakan Ban / Loss of Tyre	<input type="checkbox"/> Kecelakaan Diri Tertanggung / Insured's Personal Accident
Tanggal & Jam terjadinya kerugian <i>Date &amp; Time of Loss</i>		
Lokasi terjadinya kerugian <i>Place of Loss</i>		
Kronologis terjadinya kerugian <i>Chronology of Loss</i>		

Saksi-saksi yang mengetahui kejadian tersebut  
*Witnesses who know of the incident*

**Saksi 1 / Witness 1**

Nama/Name

Alamat/Address

No. Telp/Phone No.

**Saksi 2 / Witness 2**

Nama/Name

Alamat/Address

No. Telp/Phone No.

Apakah kejadian ini dilaporkan kepada pihak Kepolisian?  
*Was the incident reported to the police?*

Tidak/No

Ya/Yes

No Surat  
*Letter No.*

**KLAIM JAMINAN KECELAKAAN DIRI TERTANGGUNG / CLAIM OF INSURED'S PERSONAL ACCIDENT**

Nama

*Name*

Tanggal lahir

*Date of Birth*

Jenis kelamin

*Gender*

Pekerjaan

*Occupation*

Dokter yang Memeriksa

*Examining Doctor*

Nama Rumah Sakit

*Hospital Name*

Alamat Rumah Sakit

*Hospital Address*

No. Telephone Rumah Sakit

*Hospital Phone No.*

Kondisi Pasien

*Patient's Condition*

Meninggal Dunia / *Death*

Cacat Tetap Keseluruhan / *Permanent Total Disability*

Tanggal meninggal dunia (bila meninggal dunia)

*Date of death (if deceased)*

Anggota tubuh yang cacat tetap keseluruhan (bila cacat tetap keseluruhan)

*Limbs that total disability permanently (if the total permanent disability)*

**D. INFORMASI PEMBAYARAN CLAIM / CLAIM PAYMENT INFORMATION**

Nama Bank

*Bank Name*

Nama Cabang Bank

*Bank Branch Name*

No. Rekening

*Account No.*

Atas Nama Rekening

*Account Owner*

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

Hubungan dengan Tertanggung

*Relationship with the Insured*

Alamat

*Address*

Kode Pos

*Postal Code*

No Telp/HP

*Telephone/Handphone No.*

**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'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.*

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**

- Formulir klaim asuransi yang telah diisi dengan lengkap / *Completely filled insurance claim form*
- Fotokopi identitas diri Tertanggung (KTP/ SIM/ Paspor) / *Photocopy Identity Card (KTP/SIM/Passport) of the Insured*
- Kerusakan Ban / *Loss of Tyre* :
  1. Fotocopy SIM / *Copy of Driver's License*
  2. Foto Kerusakan Ban / *Photo of Tire Damage*
- Kecelakaan Diri (Meninggal Dunia atau Cacat Tetap Total) / *Personal Accident (Death or Total Permanent Disability)* :
  1. Surat keterangan mengenai hasil pemeriksaan jenazah (Visum et Repertum) **atau** Surat keterangan dokter tentang cacat yang dialami Tertanggung. *Certificate regarding the results of the post-mortem (Visum et Repertum) or Doctor's certificate regarding the Insured's disability.*
  2. Surat Keterangan Kepolisian atas kecelakaan / *Police Certificate of Accident*
- 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.*