

A. DETAIL TERTANGGUNG / INSURED DETAIL

No. Polis <i>Policy No.</i>	<input type="text"/>	
Nama Tertanggung <i>Insured Name</i>	<input type="text"/>	
No. Identitas <i>Identity No.</i>	<input type="text"/> (KTP / SIM / Paspor)	
Alamat <i>Address</i>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/> Kode Pos <i>Postal Code</i>	<input type="text"/>
No Telp/HP <i>Telephone/Handphone No.</i>	<input type="text"/>	
Alamat Email <i>Email Address</i>	<input type="text"/>	

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>	<input type="text"/>	Hubungan dengan Tertanggung <i>Relationship with the Insured</i>	<input type="text"/>
Tempat & Tanggal Lahir <i>Place and date of birth</i>	<input type="text"/>		
No. Identitas <i>Identity No.</i>	<input type="text"/> (KTP / SIM / Paspor)		
Alamat <i>Address</i>	<input type="text"/>		
	<input type="text"/> Kode Pos <i>Postal Code</i>	<input type="text"/>	
No Telp/HP <i>Telephone/Handphone No.</i>	<input type="text"/>		
Alamat Email <i>Email Address</i>	<input type="text"/>		

* 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"/> Kecelakaan Diri / <i>Personal Accident</i>
	<input type="checkbox"/> Kebakaran Rumah Tinggal / <i>House Fire</i>
	<input type="checkbox"/> Kebongkaran Tempat Tinggal / <i>House Burglary</i>
	<input type="checkbox"/> Kehilangan Kendaraan / <i>Loss of Motor Vehicle</i>

KLAIM KECELAKAAN DIRI / CLAIM OF PERSONAL ACCIDENT

	DATA TERTANGGUNG <i>INSURED DATA</i>	DATA PASANGAN TERTANGGUNG <i>INSURED SPOUSE DATA</i>
Nama <i>Name</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tanggal lahir <i>Date of Birth</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jenis kelamin <i>Gender</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pekerjaan <i>Occupation</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tanggal dan Waktu Kerugian <i>Date and Time of Loss</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dokter yang Memeriksa <i>Examining Doctor</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nama Rumah Sakit <i>Hospital Name</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kondisi Pasien <i>Patient's Condition</i>	<input type="checkbox"/> Meninggal Dunia / <i>Death</i>	<input type="checkbox"/> Meninggal Dunia / <i>Death</i>
	<input type="checkbox"/> Cacat Tetap Keseluruhan / <i>Permanent Total Disability</i>	<input type="checkbox"/> Cacat Tetap Keseluruhan / <i>Permanent Total Disability</i>
Tanggal meninggal dunia (bila meninggal dunia) <i>Date of death (if deceased)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anggota tubuh yang cacat tetap keseluruhan (bila cacat tetap keseluruhan) <i>Limbs that total disability permanently (if the total permanent disability)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

KLAIM KEBAKARAN RUMAH TINGGAL / CLAIM OF HOUSE FIRE

Tanggal dan jam terjadinya kebakaran

The date and time of the fire

Sumber/asal usul api

Source/origin of fire

Sesaat sebelum kebakaran, oleh siapa dan

*Just before the fire, by whom and**how the object was used*

Obyek yang terbakar beserta estimasi kerugian

*Burned objects and estimated losses*Luas Langit-langit keseluruhan **atau**

Luas Bangunan

Total Ceiling Area or Building Area

Luas langit-langit yang terbakar

The area of the burnt ceiling

Kondisi jaringan listrik sesaat setelah rumah terbakar

Electricity grid conditions just after the house catches fire Tidak berfungsi sama sekali / *Not function at all* Tidak berfungsi sebagian / *Not function partially* Berfungsi sepenuhnya / *Fully functional* Lainnya, sebutkan
*Others, please specify***KLAIM KEBONGKARAN TEMPAT TINGGAL / CLAIM OF HOUSE BURGLARY**

Tanggal dan jam terjadinya kebongkaran

The date and time of the house burglary

Detail barang yang hilang dan harga estimasi masing-masing barang

*Details of loss items and the estimated price of each item***KLAIM KEHILANGAN KENDARAAN / CLAIM OF LOSS OF MOTOR VEHICLE**

Jenis Kendaraan

Type of Motor Vehicle

Jam, Tanggal dan Lokasi Kejadian

Date, Time and Place of Loss Motor / *Motorcycle* Mobil / *Car***KRONOLOGI TERJADINYA KERUGIAN / CHRONOLOGY OF LOSS****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

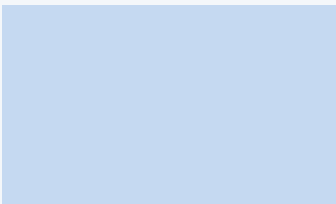
No Telp/HP

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

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) / Photocopy Identity card (KTP)

KLAIM KECELAKAAN DIRI / CLAIM OF PERSONAL ACCIDENT

- Fotokopi KTP Pasangan Tertanggung (apabila yang meninggal dunia / cacat tetap total pasangan Tertanggung)
Photocopy of the Insured spouse ID Card (if who is death / total permanent disability is the insured spouse)
- Fotokopi Kartu Keluarga / Photocopy of Family Card
- Surat Keterangan Kepolisian atas kecelakaan / Police Certificate of Accident
- Dalam hal Tertanggung meninggal dunia / In case the Insured dies :
 1. Surat Keterangan Kematian dari Kelurahan / Death Certificate from the district administered by Kelurahan
 2. Surat Keterangan Kematian dari Rumah Sakit / Death Certificate from the hospital
 3. Surat Keterangan Ahli Waris / Certificate of Heirs
- Dalam hal Tertanggung cacat tetap total / In case of the Insured with total permanent disability :
Surat Keterangan dari Dokter/RS mengenai cacat tetap total / Certificate from Doctor/Hospital regarding total permanent disability

KLAIM KEBAKARAN RUMAH TINGGAL / CLAIM OF HOUSE FIRE

- Surat Keterangan Kebakaran dari Kelurahan / Fire Certificate from the district administered by Kelurahan
- Surat Keterangan Domisili dari Kelurahan / Domicile Certificate from the district administered by Kelurahan
- Surat Keterangan Kepolisian tentang Kebakaran / Police Certificate of Fire
- Foto obyek pertanggungan yang mengalami kebakaran (foto rumah meliputi : tampak depan, tampak belakang, tampak samping kanan, tampak samping kiri).
Photo of the insured object that experienced a fire (house photos include : front view, back view, right side view, left side view).
- Foto bagian rumah yang terbakar (minimal foto keseluruhan langit-langit yang terbakar).
Photo of the house part on fire (at least the total photo of the ceiling that is burned).
- Foto rumah tetangga depan, belakang, samping kanan dan samping kiri.
Photo of the neighbor's house front, back, side right and left side.

KLAIM KEBONGKARAN TEMPAT TINGGAL / CLAIM OF HOUSE BURGLARY

- Surat Keterangan Kebongkaran dari Kelurahan / Burglary Certificate from the district administered by Kelurahan
- Surat Keterangan Kepolisian atas Kebongkaran / Police Certificate of Burglary
- Foto bukti fisik terjadinya kebongkaran / Photos of physical evidence of the burglary
- Perincian perkiraan kerugian dan estimasi harga setelah dikurangi depresiasi untuk barang yang hilang.
Breakdown of estimated losses and estimated prices after minus depreciation for lost items.

KLAIM KEHILANGAN KENDARAAN / CLAIM OF LOSS OF MOTOR VEHICLE

- Fotokopi KTP Pasangan Tertanggung (apabila kendaraan atas nama pasangan Tertanggung)
Copy of the Insured spouse ID Card (if the vehicle is in the name of the Insured spouse)
- Fotokopi Surat Keterangan Kepolisian atas Kehilangan / *Copy of Police Certificate of Loss of Motor Vehicle*
- Fotokopi Surat Blokir dari Kepolisian / *Copy of a block letter from the Police*
- Fotokopi STNK / *Copy of STNK*
- Fotokopi BPKP / *Copy of BPKB*
- Fotokopi Polis Asuransi Kendaraan lainnya yang masih aktif pada saat kejadian (apabila tidak dapat menunjukkan polis ini, maka **Surat Blokir** dan **Surat Keterangan Kepolisian atas Kehilangan**, harus **asli**.
*Copy of other vehicle insurance policies that are still active at the time of the incident (if unable to show this policy, then **Block Letter from the Police** and **Police Certificate of Loss of Motor Vehicle** must be **original** .*
- 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.