

ASURANSI BENDA ELEKTRONIK / ELECTRONIC GOODS INSURANCE

Formulir Klaim / Claim Form



A. DETAIL TERTANGGUNG / INSURED DETAIL

No. Ref/Polis/Kartu <i>Reff/Policy/Card No.</i>			
Nama Tertanggung <i>Insured Name</i>			
No. Identitas <i>Identity No.</i>	(KTP / SIM / Passport)		
Alamat <i>Address</i>			
	Kode Pos <i>Postal Code</i>		
No Telpon <i>Telephone No.</i>	Ponsel <i>Cellphone</i>	Rumah <i>Home</i>	Kantor <i>Office</i>
Alamat Email <i>Email Address</i>			

DATA PERTANGGUNGAN / LIABILITY DATA

No. Invoice <i>Invoice No.</i>			
Nama Barang <i>Goods Name</i>			
Merek / Tipe <i>Brand / Type</i>			
No Seri / IMEI <i>Serial / IMEI No.</i>			
No. Sert/Reg. <i>Sert/Reg. No.</i>			
Warna <i>Colour</i>			
Tanggal Pembelian <i>Purchase Date</i>			
Harga Pembelian <i>Purchase Price</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/Ponsel <i>Phone/Cellphone 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

Tanggal, Jam dan Lokasi terjadinya kerugian <i>Date, Time and Place of Loss</i>			
Kronologis terjadinya kerugian <i>Chronology of Loss</i>			
Deskripsi Kerusakan <i>Description of Damage</i>			
Apakah ada saksi dari kejadian tersebut? <i>Are there any witnesses to the incident?</i>	<input type="checkbox"/> Tidak/No	<input type="checkbox"/> Ya/Yes	Nama / Name
			Alamat / Address
			No. Telp / Phone No.

Apakah kejadian tersebut dilaporkan kepada pihak terkait?
Was the incident reported to the relevant parties?

Tidak/No

Ya/Yes

No Surat
Letter No.

Apakah ada asuransi lain yang menjamin barang pertanggungan ini?
Is there any other insurance that guarantees this insured object?

Tidak/No

Ya/Yes

Sebutkan
Please specify

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

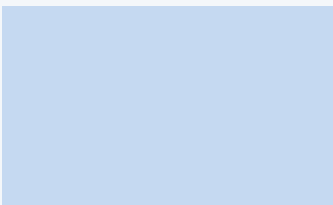
Telephone/Handphone No.

**Jika klaim diterima, Tertanggung wajib menanggung biaya risiko sendiri (OR), sesuai dengan yang tertera pada kartu/voucher/buku asuransi
If the claim is accepted, the Insured must take the Own Risk (OR), according to what is stated on the card/voucher/insurance book*

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. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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*
- Polis atau bukti asuransi lainnya / *Policy or other proof of Insurance*
- Invoice atau kwitansi pembelian asli / *Original purchase invoice or receipt*
- Fotokopi identitas diri Tertanggung (KTP/ SIM/ Paspor) / *Photocopy Identity Card (KTP/SIM/Passport) of the Insured*
- Estimasi Kerugian dan/atau kerusakan dari Service Center resmi, dan sudah distempel / *Estimated Loss and/or damage from an authorized Service Center, and has been stamped.*
- Surat Keterangan dari Kepolisian atau Aparatur setempat apabila terjadi bencana / *Certificate from the police or local authorities in the event of a disaster .*
- Memberikan informasi, bukti atau surat keterangan lain jika diperlukan oleh Penanggung / *Provide information, evidence or other certificates if required by the Insurer*