

# ASURANSI MIKRO TIPES PLUS / TYPHUS PLUS MICRO INSURANCE

Formulir Klaim / Claim Form



## A. DETAIL TERTANGGUNG / INSURED'S DETAIL

Nama Tertanggung <i>Insured's Name</i>			
No. Polis <i>Policy No.</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/Ponsel <i>Phone/Cellphone No.</i>			
Alamat Email <i>Email Address</i>			

## B. DETAIL PENGAJU KLAIM / CLAIMANT'S DETAIL

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

Nama Ahli Waris <i>Beneficiary Name</i>	Hubungan <i>Relationship</i>
No Telp/Ponsel Ahli Waris <i>Telephone/Cell phone No. of the beneficiary</i>	

Ahli waris wajib memberikan salinan surat keterangan kematian dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau kelurahan dan salinan Kartu Keluarga sebagai bukti hubungan keluarga.

*The beneficiary must provide photocopy of the Insured's death certificate issued by Healthcare Facility or the district and photocopy of Kartu Keluarga as a proof of family relationship.*

## C. DETAIL KLAIM / CLAIM DETAIL

Jenis Klaim* <i>Type of Claim*</i>	<input type="checkbox"/> Santunan Lump Sum <i>Lump Sum Benefit</i>	<input type="checkbox"/> Santunan Harian Rawat Inap <i>Hospital Daily Benefit</i>
<small>*Mohon pilih salah satu / <i>Please select one</i></small>		
Tanggal Diagnosa <i>Date of Diagnosis</i>		
No. Registrasi Pasien <i>Patient Registration No</i>		
Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan <i>Healthcare Facility's Name</i>		
Alamat Fasilitas Pelayanan Kesehatan <i>Healthcare Facility's Address</i>		
No. Telp Fasilitas Pelayanan Kesehatan <i>Healthcare Facility's Phone No.</i>		

Mohon mengisi bagian ini bila Anda mengajukan klaim Santunan Harian Rawat Inap  
*Please fill in this section if You submitted is a Hospitalization Daily Compensation.*

Tanggal Rawat Inap (Tanggal / Bulan / Tahun) <i>Hospitalization Date (Date / Month / Year)</i>	sampai dengan <i>until</i>
---	-------------------------------

## D. INFORMASI PEMBAYARAN KLAIM / CLAIM PAYMENT INFORMATION

Nama Bank <i>Bank's Name</i>	
Nama Cabang Bank <i>Name of Bank Branch</i>	
No. Rekening <i>Account No.</i>	
Atas Nama <i>Owner</i>	

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

Hubungan dengan Tertanggung <i>Relationship with the Insured</i>	
Alamat <i>Address</i>	
No Telp/Ponsel <i>Phone/Cellphone No.</i>	Kode Pos <i>Postal Code</i>

## 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.*

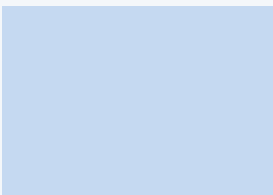
5. Saya menyatakan membebaskan **PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk** dari kewajiban pembayaran klaim lain, tanggung jawab hukum, dan tuntutan dalam bentuk apapun juga dari pihak ketiga untuk sebab yang sama seperti yang terdapat dalam ruang lingkup pertanggungansan Polis.

*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

1 Salinan kartu identitas diri (KTP/SIM/Paspor) Tertanggung atau Kartu Keluarga jika Tertanggung masih di bawah umur.

*Photocopy Identity card (KTP/SIM/Passport) of the Insured or Kartu Keluarga for under age Insured.*

2 Asli / salinan hasil pemeriksaan penyakit Tipes / Demam Tifoid oleh Dokter yang didukung dengan hasil pemeriksaan laboratorium di Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menunjukkan hasil widal minimal 1/320 atau ditemukannya Salmonella Typhi di feses atau Anti-Salmonella typhi IgM 6-10.

*Original / Photocopy result of examinations of Typhoid Fever by the Doctor supported with laboratory test results in the Healthcare Facility that show a widal result of at least 1/320 or the presence of Salmonella Typhi in the feces or Anti-Salmonella typhi IgM 6-10.*

3 Asli / salinan kwitansi bukti pengobatan atau perawatan Tipes / Demam Tifoid di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

*Original / Photocopy proof of payment for medical expenses due to Typhoid Fever in the Healthcare Facility.*

4 Asli / salinan surat keterangan dari Dokter yang menyarankan Tertanggung untuk Rawat Inap (apabila klaim yang diajukan adalah manfaat Santunan Harian Rawat Inap).

*Original / Photocopy statement letter from the Doctor who recommends the Insured for hospitalized (if the claim submitted is a Hospital Daily Benefit).*

5 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.*