Diisi oleh Pemegang Polis atau Penerima Manfaat *Filled by Policyholder or Beneficiary*

Seluruh data and informasi pada Formulir Klaim, Surat Kuasa Pemberian Rekam Medis, dan Surat Keterangan Dokter wajib diisi dan disampaikan dengan lengkap, benar, dan jelas.

Apabila ruang yang tersedia tidak mencukupi, dapat menggunakan kertas lain dan melampirkannya bersama dengan Formulir Klaim ini.

All data and information on the Claims Form, Letter power Attorney to Disclose Medical Resume, and Doctor's Certificate must be completed and submitted completely, correctly, and clearly. If the available space is insufficient, please use another paper and attach them together with this Claim Form.

Jenis Klaim

Type of Claim

Meninggal Dunia

Death

Kecelakaan Diri

Personal Accident

Pembebasan Premi

Waiver of Premium

Rawat Inap

Inpatient

Penyakit kritis

Critical Illness

Cacat Total dan Tetap

Total and Permanent Disability

Nama Produk

Product Name

Yang bertandatangan di bawah ini:

The undersign below:

Nama lengkap

Full name

Jenis kelamin

Gender

Pria

Male

Wanita

Female

Nomor identitas

ID Number

Alamat

Address

Kode pos

Postal Code

Hubungan dengan Tertanggung

Relationship with the insured

Alamat Email

Email Address

Nomor telepon

Phone number

Menerangkan bahwa:

Explain that:

Nomor polis

Policy Number

Nama Pasien/Tertanggung

Name of Patient/Insured

Tanggal lahir (Tanggal/bulan/tahun)

*Date of birth (Date/Month/Year)**d d / m m / y y y y*

Jenis kelamin

Gender

Pria

Male

Wanita

Female

Diagnosa

Diagnose

Berikan tanda Checklist disini untuk Klaim Meninggal Dunia

Give the checklist sign here for the death claim

Telah meninggal dunia karena

Reason passed away

Penyakit

Disease

Kecelakaan

Accident

Tanggal & Tempat meninggal dunia

*Date & Place of death**d d / m m / y y y y*

Kronologis

Chronology

Apakah yang menyebabkan kondisi ini?

What caused this condition?

Penyakit

Disease

Kecelakaan

Accident

Tanggal Kejadian

*Event Date**d d**m m**y y y y*

Polis-polis dari asuransi lain yang dimiliki

Please mention all policies owned (if any)

Perusahaan Asuransi

Insurance Company

Nomor Polis

Policy No

Uang Pertanggungan

Sum Assured

Pembayaran manfaat asuransi

Payment of insurance benefit

Mohon untuk melengkapi formulir deklarasi diri untuk Penerima Manfaat

Please complete the self declaration form for individual customer.

Cantumkan nama serta nomor rekening bank untuk pembayaran jika klaim ini disetujui

Fill in the name and bank account, to transfer the fund when the claim is approved

Mata uang *Currency*

Nomor rekening *account number*

Nama bank *bank name*

Nama pemilik rekening *account holder name*

Warga negara *nationality*

Apakah Anda merupakan wajib pajak negara lain?

Are you tax resident of other country except Indonesia?

Ya Yes

Tidak No

Untuk Klaim Meninggal dengan Penerima Manfaat lebih dari 1 (Satu), silakan melengkapi bagian berikut ini:

For Death Claim with multiple beneficiaries, please complete the following section:

Penerima manfaat II *Beneficiary II*

Nama bank *bank name*

Nama pemilik rekening *account holder name*

Warga negara *nationality*

Apakah Anda merupakan wajib pajak negara lain?

Are you tax resident of other country except Indonesia?

Ya Yes

Tidak No

Penerima manfaat III *Beneficiary III*

Mata uang *Currency*

Nomor rekening *account number*

Nama bank *bank name*

Nama pemilik rekening *account holder name*

Warga negara *nationality*

Apakah Anda merupakan wajib pajak negara lain?

Are you tax resident of other country except Indonesia?

Ya Yes

Tidak No

Penerima manfaat IV *Beneficiary IV*

Mata uang *Currency*

Nomor rekening *account number*

Nama bank *bank name*

Nama pemilik rekening *account holder name*

Warga negara *nationality*

Apakah Anda merupakan wajib pajak negara lain?

Are you tax resident of other country except Indonesia?

Ya Yes

Tidak No

Dengan ini Saya memberikan persetujuan kepada PT Zurich Topas Life untuk memberikan data pribadi Saya kepada pihak lain untuk tujuan kegiatan promosi atau tujuan komersial, dan membebaskan PT Zurich Topas Life dari segala tuntutan yang timbul akibat pemberian data-data.

I give approval to PT Zurich Topas Life for provide my personal data to other parties for the purpose of promotion or commercial purposes, and release PT Zurich Topas Life from any demands generated by data.

Setuju Agree

Tidak setuju Disagree

PERNYATAAN PEMEGANG POLIS ATAU PENERIMA MANFAAT STATEMENT OF POLICYHOLDER OR BENEFICIARY

Dengan menandatangani pernyataan di bawah ini dan/atau melengkapi atau mengajukan aplikasi ini, Pemegang Polis/Penerima Manfaat setuju bahwa: *By signing of these statements and/or completing or apply for this form, the Policyholder/Beneficiaries agree that:*

- Pemegang Polis/Penerima Manfaat mengerti dan memahami bahwa pemrosesan data pribadi dan data pribadi sensitif diperlukan untuk pembayaran Klaim Asuransi yang saya ajukan, dan Pemegang Polis/Penerima Manfaat memahami bahwa PT Zurich Topas Life akan mengambil segala tindakan yang terukur untuk menjaga kerahasiaan dan keamanan data pribadi. Rincian berkas data pribadi dan data pribadi sensitif yang diperlukan untuk kepentingan pelaksanaan Klaim ini akan disebutkan dalam Formulir ini. *The Policyholder/Beneficiary understands and acknowledges that the processing of personal data and sensitive personal data is necessary for the payment of the Insurance Claim that I have submitted, and the Policyholder/Beneficiary understands that PT Zurich Topas Life will take all reasonable measures to maintain the confidentiality and security of personal data. The details of the personal data and sensitive personal data which is required for the implementation of this Claim will be specified in this Form.*
- Pembayaran hanya akan ditujukan ke (para) Penerima Manfaat yang tertera dalam Polis kecuali (para) Penerima Manfaat membuat surat kuasa kepada penerima kuasa untuk menerima manfaat dengan menjelaskan tujuan atau alasannya. *Payment will only be paid to the Beneficiary (-ies) listed in the Policy except Beneficiary (-ies) provide a power of attorney including the explanation of the purposes/reason to the attorney to receive the benefits.*

3. Pemegang Polis/Penerima Manfaat menyetujui penggunaan informasi yang diberikan kepada PT Zurich Topas Life dan Pemegang Polis/Penerima Manfaat akan memberikan informasi yang diminta PT Zurich Topas Life dari waktu ke waktu dan mengizinkan PT Zurich Topas Life untuk memberikan informasi tersebut kepada pihak berwenang lokal dan asing, perusahaan induk atau grup Zurich untuk memenuhi ketentuan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. *Policyholder/Beneficiary agree to allow PT Zurich Topas Life to use the information given and Policyholder/Beneficiary will provide requested information by PT Zurich Topas Life from time to time and to allow PT Zurich Topas Life to provide such information to the appropriate authorities of local and foreign, mother company or Zurich group to comply with applicable laws and regulations.*
4. Pemegang Polis atau Penerima Manfaat akan memberitahukan kepada PT Zurich Topas Life dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender atau sesegera mungkin atas segala perubahan informasi yang telah Pemegang Polis atau Penerima Manfaat berikan kepada PT Zurich Topas Life, termasuk setiap kondisi yang dapat menyebabkan perubahan status wajib pajak Pemegang Polis atau Penerima Manfaat seperti tempat tinggal, alamat, nomor telepon dan kewarganegaraan. *Policyholder/Beneficiaries will inform PT Zurich Topas Life within 30 (thirty) days calendar or as soon as possible for any changes of the information that has been given by Policyholder/Beneficiary including any condition that may cause a change in the status of the tax resident of Policyholder/Beneficiaries such as place of residence, address, telephone number and citizenship.*
5. Pemegang Polis atau Penerima Manfaat dengan ini melepaskan hak-hak yang mungkin Pemegang Polis atau Penerima Manfaat miliki yang dapat mencegah PT Zurich Topas Life untuk memenuhi ketentuan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. *Policyholder/Beneficiaries are hereby waive rights that Policyholder/Beneficiaries may have to prevent PT Zurich Topas Life to comply with applicable laws and regulations.*
6. Saya atau kami menyatakan bahwa saya dan Penerima Manfaat lainnya telah menjawab semua pertanyaan yang dipersyaratkan dengan benar, jujur, dan lengkap sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Saya atau kami memberikan persetujuan serta kuasa kepada PT Zurich Topas Life untuk memberikan informasi mengenai atau sehubungan dengan Saya kepada regulator, otoritas pajak Indonesia, otoritas pajak Amerika Serikat dan/atau otoritas pajak negara mitra/ atau yuridiksi mitra. Apabila disyaratkan oleh regulasi, otoritas pajak Indonesia, otoritas pajak Amerika Serikat, dan/atau otoritas pajak negara mitra/ yuridiksi mitra, Saya atau kami memahami dan menyetujui bahwa PT Zurich Topas Life dapat, dari waktu ke waktu meminta dokumen atau informasi tambahan dari Saya atau kami, dan Saya atau kami wajib untuk menyediakan dokumen atau informasi tersebut. Saya atau kami bersedia dan menjamin untuk memberitahukan PT Zurich Topas Life secara tepat waktu apabila terdapat perubahan informasi yang telah Saya atau kami berikan kepada PT Zurich Topas Life. *I, we, certify that I and other Beneficiaries have answered all required questions correctly, honestly, and completely in accordance with the actual situation. I/we give consent and authorize to the Insurer to provide information on, or, in connection with me to the regulator, the Indonesia tax authorities, Tax authority of the United States and /or State tax authorities partner/partner jurisdictions. If required by the regulator, the Indonesian tax authorities, Tax authority of the United States and/or State tax authorities partner/partner jurisdiction, I/we understand and agree that the Insurer may, from time to time, asking for documents or any additional information from Me/us, and I/we shall provide documents or information. I/we are willing and guarantee to notify the PT Zurich Topas Life in a timely manner if there are changes to the information I have provided to the PT Zurich Topas Life.*
7. Saya dengan ini menyatakan bahwa semua yang diberikan di dalam formulir klaim ini adalah benar dan lengkap. Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatangani formulir klaim ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Pemegang Polis atau Penerima Manfaat. *I hereby declare that all given information in this Claim Form is true and complete. As a result of legal and/or losses arising because signing Claim Form in an empty or unfilled condition becoming the responsibility of the Policyholder and Beneficiary.*
8. Bahwa Pemegang Polis dan/atau Penerima Manfaat telah mendapatkan konfirmasi dari Tertanggung (dalam hal Tertanggung berbeda dengan Pemegang Polis) mengenai kebenaran informasi/ Pernyataan atas diri Tertanggung yang tercantum dalam formulir ini dan membebaskan PT Zurich Topas Life dari tuntutan pihak manapun termasuk dan tidak terkecuali dari Tertanggung. *That the Policyholder and/or Beneficiary has received confirmation from the Insured (in case the Insured is different from the Policyholder) regarding the truthfulness of the information/statement of insured that is stated in this form and release PT Zurich Topas Life of the charges from any party, including but not exempt from Insured.*

Tempat & Tanggal _____

Place & Date

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d		d		m		m	
				y		y	

Penerima manfaat

Beneficiary

Tanda tangan & nama

Signature & Name

BERKAS YANG DIPERLUKAN UNTUK DILAMPIRKAN DALAM FORMULIR KLAIM

Documents required to be attached to this Claim Form.

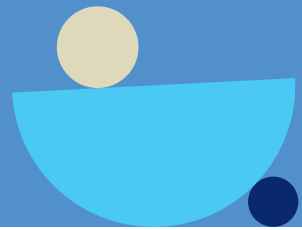
- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Keterangan Dokter yang merawat Tertanggung/Peserta (asli) 2. Surat Kuasa Pemberian Rekam Medis (asli) 3. Kuitansi pelayanan medis (asli) 4. Rincian biaya pelayanan medis (asli) 5. Seluruh hasil pemeriksaan penunjang (salinan) 6. Identitas Pemegang Polis dan Tertanggung/Peserta (salinan) 7. Halaman Depan Buku Tabungan (salinan) 8. Surat Keterangan dari Kepolisian, jika akibat kecelakaan/sebab tidak wajar (asli)
Dokumen tambahan atas pengajuan klaim meninggal dunia 9. Polis atau Sertifikat Polis (asli) 10. Surat Keterangan Dokter untuk meninggal dunia (Asli) 11. Surat Keterangan Kematian dari Instansi yang berwenang (Asli/Legalisir) 12. Salinan identitas Pendukung Penerima Manfaat yang berlaku <ul style="list-style-type: none"> Penerima Manfaat : Bukti Pendukung Suami/Istri : KTP Suami/Istri & Akta Nikah Anak : KTP Anak & Akta Lahir Orang Tua : KTP Orang Tua & Akta Lahir Tertanggung/Peserta Saudara Kandung : KTP Saudara Kandung, Akta Lahir Saudara Kandung & Akta Lahir Tertanggung/Peserta 13. Dokumen lain yang wajar dan relevan yang diperlukan untuk penyelesaian klaim | <ol style="list-style-type: none"> 1. Original Attending Physical Statement who in charge for the insured 2. Original Power of Attorney to Disclose Medical Resume 3. Original medical service receipts 4. Original details of the cost of medical services 5. Copy of all medical examinations report 6. Copy of identity & Insured 7. Copy of the front page of the bank account 8. Original Police Report if caused by accident
Additional documents for filing a death claim: 9. Original Policy or Policy Certificate 10. Original Physical Statement for death 11. Original/Legalized Certificate of Death from the authorized agency 12. Copy of Supporting document for Beneficiary <ul style="list-style-type: none"> Beneficiary : Supporting documents Husband/Wife : Identity card of Husband/Wife & Marriage Certificate Child : Identity card of Child & Birth Certificate Parents : Identity card of parents & Insured Birth Certificate Sibling : Identity card of Sibling, Sibling's Birth Certificate & Insured's Birth Certificate 13. Other document which relevant, reasonable and required for the settlement of claim |
|--|---|

Departemen Klaim _____ / _____

Claim Department

Surat Kuasa Pemberian Rekam Medik

Power of Attorney to Disclose Medical Record



Diisi oleh Pemegang Polis atau Penerima Manfaat

Filled by Policyholder or Beneficiary

Yang bertandatangan di bawah ini:

The undersign below

Nama lengkap

Full name

Jenis kelamin

Gender

Pria
Male

Wanita
Female

Tanggal lahir (Tanggal/bulan/tahun)

Date of birth (Date/month/year)

/ /

d d / m m / y y y y

Alamat

Address

Kode pos

Postal Code

No. Telepon

Phone number

Handphone:

Handphone

Rumah/Kantor:

Home/office

Nomor identitas

ID Number

Hubungan dengan Tertanggung

Relationship with the Insured

Suami husband

Istri wife

Anak child

Lain-lain others

Dengan ini saya memberikan kuasa penuh kepada:

I hereby authorize:

- Dokter, Rumah Sakit/Klinik maupun institusi pelayanan medis lainnya untuk memberikan keterangan dan/atau catatan medis, sehubungan dengan diagnosa dan/atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya atau keluarga Saya yang menjadi Tertanggung.
Physician, Hospital/Clinic or any other medical institution to give the information and/or medical record, according to the diagnosis and/or medication treatment which given to me or my family as the Insured.
- PT. Zurich Topas Life untuk mendapatkan informasi medis dari setiap dokter yang merawat/dokter yang mewakili Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Praktisi Medis, setiap perusahaan asuransi atau orang lain yang telah memeriksa, merawat atau mengobati pasien tersebut diatas, mengenai segala hal yang diperlukan sehubungan dengan kesehatan dalam rangka memproses klaim asuransi yang saya ajukan.
PT Zurich Topas Life to obtain any medical information from attending physician/doctor which represent Hospital, Clinic, Public Health Center, Medical Practitioner, insurance company or any other person who examine, nurse or cure the above patient in connection with the health in regards to process my insurance claim..

Saya setuju bahwa salinan Surat Kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan sah seperti aslinya. Demikian Surat Kuasa ini saya buat dengan sebenarnya dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

I agree that a photocopy of this power of attorney should be as valid and legal as the original. This power of attorney is true and duly execute and performed without any compulsion from any parties

Tempat & Tanggal

Place & Date

_____, ____/____/____

Pemberi kuasa

The principal

(materai Rp 10.000)

Tandatangan & nama

Signature & Name
