

CLAIM FORM/ FORMULIR KLAIM

ZURICH *Passport*

Travel Insurance/ Asuransi Perjalanan



Insured's Detail / Detail Tertanggung

Insured's Name/Nama Tertanggung:

Policy No./No. Polis:

Age/Usia

Sex/Gender

Male/Pria

Address/Alamat:

Tel/ Telp:

or

Wanita /

Female

Occupation/Pekerjaan:

Email/Email:

Claimant's Detail / Detail Pengaju Klaim

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

Claimant's Name/Nama Pengaju Klaim:

Relation/Hubungan

Type of Loss Occurred / Jenis Kerugian Yang terjadi

type of Loss / Jenis Klaim

Please submit completely cronology that happenned and quantity of claim

Harap menceritakan kronologis kejadian dan kuantitas kerugian dari claim

Fill in for Accident or Sickness Related Claim / Isi untuk Klaim Terkait Kecelakaan atau Sakit

Nature & condition of Injury or Sickness/Sifat dan kondisi Cedera atau Sakit:

Doctor's Fee/ Biaya Dokter:

Have you had prior treatment for this condition/Pernah mendapat perawatan sebelumnya untuk kondisi ini?

Medicine/Obat-obatan:

Yes/ya No/Tidak When/Kapan

Others (specify)/Lainnya (jelaskan)

Name of Hospital & Doctor>Nama Rumah Sakit & Dokter

Total/Jumlah Total:

Name & Address of your usual attending Physician/ Nama & Alamat dari Dokter Pribadi Anda

To be Fill in by Attending Physician only / Untuk diisi Oleh Dokter

Diagnosis/Diagnosa:

Date/Tanggal:

When did patient's symptom first occur?/Kapan gejala pertama terjadi?

Date/Tanggal:

When did patient first consult you this condition?/Kapan pertama kali pasien berkonsultasi pada Anda?

Sign & Stamp/ Tanda Tangan & Cap

Describe any other disease or infirmity affecting present condition
Jelaskan komplikasi atau penyakit lain yang mempengaruhi kondisi sekarang**Fill in for Personal Baggage Related Claim / Diisi untuk Klaim Terkait Bagasi Pribadi**

LOSS/DAMAGED ITEM Barang yang Hilang/Rusak	QTY Jumlah	Date of Purchase Tanggal Pembelian	Place of Purchase Tempat Pembelian	Actual Cost Harga sesudah Depresiasi
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Fill in for Delay Related Claim / Diisi untuk Klaim Penundaan

Schedule arrival place, date & time/Jadwal kedatangan tempat, tanggal & waktu

Actual arrival place, date & time/ Tempat, tanggal & waktu tiba sebenarnya

Fill in for curtailment & Cancellation Claim / Diisi untuk Klaim Pengurangan & Pembatalan

When and where was holiday booked?/Kapan dan dimana perjalanan di booking?

Date of return/cancellation/Tanggal kembali/ pembatalan

Intended departure date/ Rencana tanggal keberangkatan

Amount paid in advance/ jumlah yang telah dibayar

Reason for curtailment/cancellation/Alasan pengurangan atau pembatalan perjalanan

Amount recoverable/Jumlah uang yang dapat dikembalikan

Amount claimed/Jumlah yang di klaim

Fill in for Personal Liability Related Claim / Diisi untuk Klaim Terkait Tanggung Jawab Terhadap Pihak Ketiga

Name of owner/Nama pemilik

Name of Injured/Nama korban Cedera

Address/Alamat:

Address/Alamat:

Kind of property & extent of damage/Jenis barang & sifat kerusakan

Hospital or Doctor, address & telephone/ RS atau Dokter yang merawat, Alamat & Telepon

Amount Claimed/Jumlah yang di klaim

Nature of Injury/Jenis Cedera

Declaration and Authorization Letter / Deklarasi & Surat Kuasa

I/We declare that all foregoing information given by me/us in this claim form and all its attachments are true and correct to the best of my knowledge. I/We further agree that if I/We 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.

I'm / We're fully authorizing PT. Zurich Insurance Indonesia to obtain the confidential report of my health condition from the Hospital(s), Doctor(s), Other Insurance Company (ies) or other organization or institution or any individual that has any records or relevant knowledge or information pertaining to my/our condition which acquired by PT. Zurich Insurance Indonesia or their authorized representatives.

I/We hereby authorize the Insurer to use or provide my/our information provided, obtained, or stored by the Insurer, to other parties which have an agreement relationship with the Insurer in connection with my/our claims.

The copy of this authorization shall be considered as effective and legitimate as the original.

Saya/Kami menyatakan bahwa sepengetahuan saya/kami semua keterangan yang saya/kami berikan dalam formulir klaim ini dan semua lampirannya adalah benar dan sejujurnya. Selanjutnya saya/kami setuju bahwa jika saya/kami 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.

Dengan ini saya/kami memberi kuasa penuh pada setiap Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Perusahaan Asuransi, Organisasi, Instansi atau individu lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan dan kesehatan Saya / Tertanggung untuk memberitahukan kepada PT Zurich Insurance Indonesia atau wakilnya yang berwenang.

Saya/Kami mengizinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi tentang saya/kami yang tersedia, diperoleh, atau disimpan oleh Penanggung, kepada pihak – pihak lain yang memiliki hubungan kerja sama dengan penanggung dalam kaitan dengan klaim saya/kami.

Fotokopi dari surat kuasa ini dianggap sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama dengan aslinya.

Date
Tanggal

Signature of the Claimant
Tanda tangan yang mengajukan klaim

Signature of the Insured
Tanda tangan Tertanggung

Bank Transfer Information / Informasi Bank

Name of Bank-Branch / Nama Bank-Cabang : _____

Account No. / No. Rekening : _____

USD IDR

Care of / Atas Nama : _____

PT Zurich Insurance Indonesia is a general insurance company registered and supervised by the Indonesia Financial Services Authority
PT Zurich Insurance Indonesia merupakan perusahaan asuransi umum yang terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan Indonesia.