

# KOMPREHENSIF & TOTAL LOSS ONLY

Surat Permintaan Penutupan Asuransi/  
Application Form

**KOLOM MARKETING** (Diisi oleh Staf Kantor Pemasaran ZII)  
**MARKETING COLUMN** (To be Filled by ZII Sales Office Staff)

Kantor Pemasaran : \_\_\_\_\_  
Marketing Office

Staf Marketing : \_\_\_\_\_  
Marketing Staff

No. Telp/Fax : \_\_\_\_\_  
Phone/Fax No.

Kode Marketing : \_\_\_\_\_  
Marketing Code

Sumber Bisnis : \_\_\_\_\_  
Source of Business

**KOLOM AGEN** (Diisi oleh Agen)  
**AGENT COLUMN** (To be Filled by Agent)

Nama Agen : \_\_\_\_\_  
Agent's Name

Kode Agen : ZI - \_\_\_\_\_  
Agent's Code

No. Telp/Fax : \_\_\_\_\_  
Phone/Fax No.

**DATA CALON TERTANGGUNG PERORANGAN/  
INDIVIDUAL PROPOSER**

( Berilah tanda centang ( ✓ ) pada pilihan Anda )  
( Put a checklist ( ✓ ) on your choice )

Nama Calon Tertanggung (Sesuai Kartu Identitas) : \_\_\_\_\_  
Proposer's Name (Based on Identity Card)

Tempat & Tgl. Lahir : \_\_\_\_\_ Kewarganegaraan :  WNI  Lainnya / Others  
Place, Date of Birth Nationality

No. KTP/SIM/Paspor : \_\_\_\_\_  
ID/Driving License/Passport ID

Alamat Calon Tertanggung : \_\_\_\_\_  
(Alamat Domisili Saat Ini)  
Address  
(Current Address)

RT/RW : \_\_\_\_\_ Kota/Kabupaten : \_\_\_\_\_ Kode Pos : \_\_\_\_\_ No. Faksimili : \_\_\_\_\_  
City Postal Code Faximile Number

No. Telp. Rumah : \_\_\_\_\_ No. Telp. Kantor : \_\_\_\_\_  
Home Phone Number Office Phone Number

No. Handphone : \_\_\_\_\_ Alamat Email : \_\_\_\_\_  
Mobile Phone Number Email Address

**DATA CALON TERTANGGUNG PERUSAHAAN/  
CORPORATE PROPOSER**

Nama Calon Tertanggung : \_\_\_\_\_  
Proposer's Name

No. NPWP : \_\_\_\_\_  
Tax Identification Number

Alamat Calon Tertanggung : \_\_\_\_\_  
Address

No. Telp. Kantor : \_\_\_\_\_ No. Faksimili : \_\_\_\_\_  
Office Phone Number Faximile Number

Alamat Email : \_\_\_\_\_  
Email Address

Pihak yang ditunjuk dan berwenang bertindak untuk dan atas nama Perusahaan / Badan Hukum  
Appointed and authorized party to act for and behalf of the company / Legal Entity

Nama Lengkap : \_\_\_\_\_  
Full Name

No. KTP/SIM/Paspor : \_\_\_\_\_ Jabatan : \_\_\_\_\_  
ID/Driving License/Passport ID Occupation

Mohon melampirkan fotokopi NPWP, kartu identitas penerima kuasa (yang ditunjuk mempunyai wewenang bertindak untuk dan atas nama perusahaan).  
Please attach a copy of Tax Identification Number, identity card of the proxy (appointed has authority to act for and on behalf of the corporate).

## DATA OBYEK PERTANGGUNGAN / INTEREST INSURED

Jumlah Kendaraan :  1  Lebih dari 1 ( Jika lebih dari 1 informasi dapat disampaikan pada lembar terpisah )  
Number of Vehicles More than 1 ( if more than 1 the information can be submitted on separate sheet )

Merk Kendaraan : \_\_\_\_\_ Model Kendaraan : \_\_\_\_\_  
Make Model

Nomor Polisi : \_\_\_\_\_ Tahun Kendaraan : \_\_\_\_\_  
License Plate Year

Nomor Mesin : \_\_\_\_\_ Nomor Rangka : \_\_\_\_\_  
Engine Number Chassis Number

Tipe Kendaraan : \_\_\_\_\_ Warna Kendaraan : \_\_\_\_\_  
Type of Body Color

Zona Kendaraan :  Zona 1 (Sumatera dan pulau di sekitar Sumatera)  
Zone Zone 1 (Sumatera and island around Sumatera)

Zona 2 (Jakarta, Banten, Jawa Barat)  
Zone 2 (Jakarta, Banten, West Java)

Zona 3 (Selain yang disebutkan dalam Zona 1 dan 2)  
Zone 3 (Except Zone 1 and 2)

Harga Kendaraan : Rp \_\_\_\_\_  
Sum Insured

Merk/Jenis Barang Make/Type	Harga Aksesoris yang tidak standar Price of Non-standard Accessories
Aksesoris yang Tidak Standar : 1 Non-standard Accessories	_____
2	_____
3	_____
4	_____
5	_____
6	_____
7	_____
8	_____
	Total Rp _____

Merk/Jenis Barang Make/Type	+ Harga Aksesoris yang tidak standar Price of Non-standard Accessories
Total Nilai Pertanggungan : Rp _____ Total Sum Insured	+ Rp _____
	Rp _____

## PERIODE DAN JAMINAN ASURANSI YANG DIAJUKAN / PROPOSED PERIOD AND COVERAGE OF INSURANCE

Periode Asuransi yang : Tanggal Berlaku \_\_\_\_\_ Tanggal Berakhir \_\_\_\_\_  
Diajukan Effective Date Expiry Date  
Proposed Period of Insurance

Jenis Jaminan Asuransi :  Komperhensif (Gabungan)  Kerugian Total Saja  
yang Diajukan Comprehensive Total Loss Only  
Type of proposed Insurance

Jaminan Perluasan :  Banjir termasuk Angin Topan  Huru-hara dan Kerusuhan  
Extension coverage Flood includes Typhoon Riot and Civil commotion

Gempa Bumi dan Tsunami  Terorisme dan Sabotase  
Earthquake and Tsunami Terrorism and Sabotage

Jaminan Perluasan  
Tambahan  
Additional Extension Coverage

- :  Tanggung jawab hukum terhadap pihak ketiga hingga Rp 50,000,000/kendaraan  
*Third Party Liability up to Rp 50,000,000/vehicle*
- 25,000,000     50,000,000     Lainnya/Others \_\_\_\_\_
- Tanggung jawab hukum terhadap Penumpang hingga Rp 50,000,000/kendaraan  
*Passengers Legal Liability up to Rp 50,000,000/vehicle*
- 25,000,000     50,000,000     Lainnya/Others \_\_\_\_\_
- Kecelakaan diri pengemudi hingga Rp 50,000,000/orang  
*Personal accident driver up to Rp 50,000,000/person*
- 25,000,000     50,000,000     Lainnya/Others \_\_\_\_\_
- Kecelakaan diri penumpang hingga Rp 50,000,000/orang  
*Personal accident passenger up to Rp 50,000,000/person (maximum 4 person)*
- 25,000,000 \_\_\_\_\_ Orang/Person     50,000,000 \_\_\_\_\_ Orang/Person     Lainnya/Others \_\_\_\_\_

Total Premi (perhitungan premi dapat dilihat pada ringkasan produk) : Rp \_\_\_\_\_  
*Total Premium (Premium calculation can be seen on product summary)*

## INFORMASI TAMBAHAN / ADDITIONAL INFORMATION

Apakah Calon Tertanggung sudah pernah memiliki Produk Asuransi Zurich sebelumnya :  Ya, Sebutkan \_\_\_\_\_  Tidak  
*Has the proposer had Zurich's Insurance Product before    Yes, Please specify    No*

## PERNYATAAN CALON TERTANGGUNG/ CUSTOMER DECLARATION

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Saya/Kami telah mengerti mengenai rincian biaya, manfaat dan risiko dari pertanggungansan ini dan Saya/Kami setuju untuk membayar Premi.

*The undersigned declare that I/We understood on details of costs, benefits and risks of this coverage and I/We agree to pay the Premium.*

Semua informasi yang ada pada SPPA ini dan setiap lampirannya telah diberikan dengan jujur dan lengkap. Jawaban dan informasi yang Saya/Kami telah berikan merupakan dasar dari penerbitan Polis. Jika ternyata jawaban dan informasi yang Saya/Kami berikan tidak benar, maka PT Zurich Insurance Indonesia atau Penanggung dapat membatalkan Polis yang diterbitkan berdasarkan SPPA ini.

*All information in this Application Form and any attachments provided honestly and completely. The answers and information that I/We have provided form the basis of the issuance of the Policy. If it turns out the answers and information that I/We have provided are incorrect, PT Zurich Insurance Indonesia or the Insurer can cancel the Policy issued under this Application Form.*

Dengan melengkapi SPPA ini dan memberikan informasi yang disyaratkan tidak mewajibkan Penanggung untuk memberikan pertanggungansan. Pertanggungansan ini baru berlaku setelah mendapatkan persetujuan tertulis dari Penanggung atau setelah Polis diterbitkan.

*By completing this Application Form and providing the information required does not oblige the Insurer to provide coverage. This coverage will take effect after obtaining written approval from the Insurer or after the Policy is issued.*

Saya/Kami dengan ini mengizinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi atau data mengenai Saya/Kami yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh Penanggung (sebagaimana tercantum dalam SPPA ini atau sarana lain), kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan reasuransi, asuransi, lembaga, bank atau badan hukum lain baik di dalam maupun di luar negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan Penanggung dalam rangka pengajuan SPPA ini, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, pelaksanaan ketentuan dalam Polis, survey kepuasan nasabah, penawaran maupun untuk tujuan hukum atau perundang-undangan. Saya/Kami juga mengerti bahwa Saya/Kami berhak untuk melakukan koreksi atau penambahan atas informasi atau data mengenai Saya/Kami dengan menghubungi Penanggung.

*I/We hereby authorize the Insurer to use or provide My/Our information or data which is available, obtained or stored by the Insurer (as stated in this Application Form or in other means), to other parties (including but not limited to reinsurance companies, insurance, institutions, banks or other legal entities both inside and outside the country) which have an agreement relationship with the Insurer in relation to the submission of this Application Form, claim payment, customer service, implementation of the Policy provisions, customer satisfaction surveys, offers and for legal or regulatory purposes. I/We also understand that I/We reserve the right to make correction or additions to My/Our information or data by contacting the Insurer.*

Dengan ditandatangani SPPA ini maka Saya/Kami menyatakan setuju atas kebijakan penggunaan data pribadi sebagaimana tersebut di atas, Saya/Kami mengerti bahwa ketidaksetujuan Saya/Kami atas kebijakan tersebut dapat mengakibatkan ditolaknya pengajuan SPPA ini.

*By signing this Application Form, then I/We agree on the personal data usage policy as mentioned above, I/We hereby understand that My/Our disagreement upon such policy may result in the rejection of submission of this Application Form.*

## **PERNYATAAN AGEN / AGENT DECLARATION**

Saya menyatakan bahwa Saya telah menjelaskan mengenai rincian biaya, manfaat dan risiko dari pertanggungan asuransi terkait yang terdapat dalam ringkasan produk dan brosur kepada Calon Tertanggung dan menyatakan patuh terhadap Peraturan Otoritas Jasa Keuangan No. 1/POJK.07/2013 tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan.

*I hereby declare that I have explained the details of costs, benefits and risks of related insurance coverage contained in the summary of products and brochures to Prospective Insured and declared adherence to Financial Services Authority Regulation No. 1/POJK.07/2013 on Consumer Protection of Financial Services Sector.*

Saya menyatakan bahwa semua informasi yang terdapat dalam SPPA diberikan oleh Calon Tertanggung dan Saya tidak akan menyembunyikan informasi apapun kepada Calon Tertanggung. Saya juga menyatakan bahwa Saya tidak memberikan keterangan yang bertentangan dengan Syarat-Syarat & Ketentuan-Ketentuan Polis.

*I certify that all information contained in the Application Form is provided by the Prospective Insured and I will not hide any information to the Prospective Insured. I also declare that I am not giving information that is contrary to the Terms & Conditions of the Policy.*

Saya juga menyatakan bahwa salinan dokumen adalah sesuai dengan asli, dan masih berlaku, sebagaimana dimaksud dalam perundang-undangan yang berlaku.

*I also certify that copies of any documents are in accordance with the original, and still apply, as referred to in applicable regulations.*

## **PERINGATAN / WARNING**

Apabila terdapat fakta material yang tidak dinyatakan dalam SPPA ini maka Polis yang diterbitkan dapat dianggap tidak berlaku. Apabila Anda memiliki keraguan mengenai suatu fakta apakah material atau tidak, Anda dianjurkan untuk menyatakannya. Hal ini juga meliputi seluruh informasi yang mungkin telah Anda berikan kepada Agen tetapi tidak/belum dinyatakan dalam SPPA. Mohon diperiksa kembali apakah keterangan, pernyataan dan penjelasan yang Anda berikan sudah sesuai dan benar. Jangan menandatangani SPPA ini dalam keadaan kosong/belum diisi.

*If there are material facts that are not stated in this Application Form, then the Policy issued can be considered not valid. If You have any doubt on whether a fact is material or not, You are encouraged to declare it. This matter also includes all information which You may have provided to Agent but not/have not been declared in the Application Form. Please check again if the information, statement and explanation that You provided are appropriate and correct. Do not sign this Application Form in an empty condition/has not yet filled in.*

Premi harus dibayar sebelum penutupan berlaku atau dalam tenggang waktu pembayaran Premi yang disetujui oleh Penanggung. Jangan melakukan pembayaran Premi terkait dengan SPPA ini atau pembayaran apapun kepada karyawan Penanggung.

*Premium must be paid prior to the closing applicable or in the period of Premium payment which is approved by the Insurer. Do not make Premium payment related with this Application Form or any payment to the Insurer's employees.*

Keterangan Tambahan  
Additional Note

:

---

---

---

**KOLOM TANDA TANGAN CALON TERTANGGUNG  
PROPOSER'S SIGNATURE COLUMN**

(Diisi oleh Calon Tertanggung / To be Filled by Proposer)

Tempat / Place	Tanggal Date	Bulan Month	Tahun Year
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Tanda Tangan / Signature	Nama Lengkap / Full Name		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

**KOLOM TANDA TANGAN AGEN  
AGENT'S SIGNATURE COLUMN**

(Diisi oleh Agen / To be Filled by Agent)

Tempat / Place	Tanggal Date	Bulan Month	Tahun Year
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Tanda Tangan / Signature	Nama Lengkap / Full Name		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

**DITERIMA OLEH STAF MARKETING PT ZURICH INSURANCE INDONESIA  
RECEIVED BY STAFF MARKETING PT ZURICH INSURANCE INDONESIA**

(Diisi oleh Staf Marketing ZII / To be Filled by Marketing Staff)

Tempat / Place	Tanggal Date	Bulan Month	Tahun Year
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Tanda Tangan / Signature	Nama Lengkap / Full Name		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

**METODE PENGIRIMAN POLIS  
POLICY DELIVERY METHOD**

(Diisi oleh Calon Tertanggung / To be Filled by Proposer)

Melalui Agen Anda / Through your Agent

Ke alamat domisili saat ini /Current Address

Ke alamat lainnya, sebutkan /Another Address Mention :

No Telp :  -   
Phone No.



**PT ZURICH INSURANCE INDONESIA  
INSURANCE PREMIUM PAYMENT AUTHORIZATION FORM**

If you would like to enjoy the convenience of insurance premium payment using young Visa, MasterCard, or BCA Card simply fill out all information below with your Visa, MasterCard, or BCA Card data. After all information filled and signed, you may returned by fax +62 21 25543670. PT Zurich Insurance Indonesia will debit your Visa, MasterCard, or BCA Card appropriate as per your requested premium payment.

Apabila Anda menginginkan kenyamanan pembayaran dengan menggunakan Visa, MasterCard, atau BCA Card, Anda cukup mengisi seluruh informasi di bawah ini sesuai dengan Visa, MasterCard, atau BCA Card data. Setelah seluruh informasi terisi dan ditandatangani, Anda dapat mengirim kembali melalui fax +62 21 25543670. PT Zurich Insurance Indonesia akan melakukan direct debit atas Visa, MasterCard, or BCA Card sesuai dengan permintaan pembayaran premi Anda.

\_\_\_\_\_  
**Name on credit card (exactly as printed)**  
*Nama sesuai yang tertera*

\_\_\_\_\_  
**Bank Issuer's name**  
*Nama bank penerbit*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Credit Card Number**  
*Nomor Kartu Kredit*







**Type of Credit Card (please tick in  one column)**  
*Jenis Kartu Kredit (mohonber tanda  pada salah satu kolom)*

\_\_\_\_\_  
**Expiry date**  
*Masa berlaku*

\_\_\_\_\_  
**Valid phone number could be contacted**  
*Nomor telepon yang dapat dihubungi*

**Details of Payment** :  
Rincian Pembayaran

\* Amount : \_\_\_\_\_  
Jumlah  
\* Policy No. : \_\_\_\_\_  
No. Polis

I understand that the information declared in this insurance premium payment authorization form are correct and therefore serve as basis or premium payment methide to PT. Zurich Insurance Indonesia  
Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh informasi yang saya berikan dalam formulir otorisasi pembayaran premi asuransi ini adalah benar serta akan menjadi dasar dari cara pembayaran premi ke PT Zurich Insurance Indonesia.

\_\_\_\_\_  
**Today's date**  
*Tanggal*

\_\_\_\_\_  
**Signature**  
*Tanda Tangan*