

ZURICH HOME

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 : _____
Place, Date of Birth

Kewarganegaraan : WNI Lainnya / Others
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).

PERINCIAN OBYEK PERTANGGUNGAN / DETAILS OF INTEREST INSURED

Jenis Bangunan
Type of Building : Rumah Susun/Apartment
Flat/Apartment Rumah Tinggal
Dwelling House Rumah Toko
Shop-house

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

Lokasi Pertanggungangan
(jika berbeda dengan alamat
domisili saat ini)
Risk Location
(if different with
correspondence address) : Nama Jalan dan Nomor Rumah : _____
Street name and number
RT/RW : _____ Kota/Kabupaten : _____ Kode Pos : _____
City Postal Code

Tahun Dibangun
Year Constructed : _____ Jumlah Lantai : _____ Lantai
Number of Floor(s) Floor
(Termasuk basement, jika ada/
Including basement)

Status Bangunan
Ownership Status : Milik Sendiri
Private Own Kontrak/sewa
Rent

Konstruksi Bangunan
Building Construction : Struktur Bangunan : Beton
Concrete Baja
Steel Kayu
Wooden Lainnya
Others _____

Atap : Genteng
Tile Cor Beton
Concrete Kayu
Wooden Rumbia
Thatch Lainnya
Others _____

Dinding : Bata
Brick Kayu
Wooden Gypsum
Gypsum Lainnya
Others _____

Lantai : Tegel
Tile Kayu
Wooden Semen
Concrete Lainnya
Others _____

Objek berdampingan/berdekatan :
Adjoining/Adjacent Premises

| | Penggunaan Bangunan Occupancy | Jarak Distance |
|--------------------------------|----------------------------------|-------------------|
| Sebelah Kiri To your Left | _____ | _____ meter |
| Sebelah Kanan To your Right | _____ | _____ meter |
| | Penggunaan Bangunan Occupancy | Jarak Distance |
| Depan Front | _____ | _____ meter |
| Belakang Back | _____ | _____ meter |

OBYEK DAN NILAI PERTANGGUNGAN / SUM INSURED

| | Berupa (Jelaskan Perinciannya) Details of Interest Insured | Mata Uang Currency | Nilai yang Dipertanggungkan Sum Insured |
|---------------------------------|---|-----------------------|--|
| Harta Benda Interest Insured | : Bangunan Building _____ | Rp | _____ |
| | Isi Bangunan Contents _____ | Rp | _____ |
| | Total Nilai yang dipertanggungkan Total Sum Insured | Rp | _____ |

INFORMASI PENTING / IMPORTANT INFORMATION

Apakah obyek pertanggungangan pernah mengalami banjir? Pernah
Yes Tidak Pernah
Never

Jika pernah, jelaskan : Tahun Kejadian : _____
Accident Year
Penyebab Kejadian : _____
Cause of Loss
Jumlah Kerugian : _____
Loss amount

Sebutkan tindakan perbaikan yang pernah dilakukan untuk mencegah kejadian terjadi lagi di lokasi pertanggungangan :
Corrective action that you take to prevent recurrence of flood in the future

Apakah obyek pertanggungan pernah mengalami kejadian/musibah selain banjir? Pernah Tidak Pernah
Has the interest insured ever suffered loss other than flood? Yes Never

Jika pernah, jelaskan : Tahun Kejadian : _____
If yes, please advise Accident Year

Penyebab Kejadian : _____
Cause of Loss

Jumlah Kerugian : _____
Loss amount

Sebutkan tindakan perbaikan yang pernah dilakukan untuk mencegah kejadian terjadi lagi di lokasi pertanggungan :
Corrective action that you take to prevent recurrence of the accident in the future

Perusahaan asuransi saat ini : _____ Masa berlaku polis hingga : _____
Your current Insurer Policy expiry

(Jika saat ini obyek pertanggungan masih dijamin oleh asuransi lain)
(Only if your interest insured currently being covered by other Insurer)

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

Periode Asuransi yang diajukan : Tanggal Berlaku _____ Tanggal Berakhir _____
Proposed Period of Insurance Effective Date Expiry Date

Jenis Paket yang diajukan : Zurich Home dengan perluasan jaminan gempa bumi, erupsi gunung berapi, tsunami
Type of Package that you wish to have Zurich Home includes Earthquake, Volcanic Eruption, Tsunami coverage

Zurich Home tanpa perluasan jaminan gempa bumi, erupsi gunung berapi, tsunami
Zurich Home excludes Earthquake, Volcanic Eruption, Tsunami coverage

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

PERNYATAAN CALON TERTANGGUNG/ CUSTOMER DECLARATION

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Saya/Kami telah mengerti mengenai rincian biaya, manfaat dan risiko dari pertanggungan 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 pertanggungan. Pertanggungan 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 atau melalui e-mail ke zii.collection@zurich.com. 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 (mohon ber 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