

Formulir Klaim Asuransi Perjalanan

Travel Insurance Claim Form

- **Mohon lengkapi semua data di Formulir Klaim dengan benar dan jelas.**
Please complete all information in the claim form accurately and clearly.
- **Apabila ruang pada formulir tidak mencukupi, Anda dapat menggunakan kertas tambahan dan melampirkannya bersama Formulir Klaim.**
If the space provided on the form is insufficient, you may use an additional sheet of paper and attach it to the Claim Form.

A. DETAIL TERTANGGUNG / INSURED'S DETAIL

No. Polis <i>Policy No.</i>	
Nama Lengkap Tertanggung <i>Insured's Full Name</i>	
Nama Lengkap Tertanggung <i>Insured's Full Name</i>	
Nomor identitas (KTP/Paspor) <i>Identity Number (ID Card/Passport)</i>	
Alamat <i>Address</i>	
No. Telepon/HP <i>Phone Number</i>	
Alamat Email <i>Email Address</i>	
	Kode pos <i>Postal Code</i>

B. DETAIL YANG MENGAJUKAN KLAIM / CLAIMANT'S DETAIL

Tidak perlu mengisi bagian ini jika yang mengajukan klaim adalah Tertanggung / No need to fill in this section if claimant is the Insured.

Nama Yang Mengajukan Klaim <i>Claimant's Name</i>	
Nomor identitas (KTP/Paspor) <i>Identity Number (ID Card/Passport)</i>	
No. Telepon/HP <i>Phone Number</i>	
Hubungan dengan Tertanggung <i>Relationship with the Insured</i>	☐ Pemegang Polis <i>Policyholder</i> ☐ Penerima Manfaat <i>Beneficiary</i> ☐ Lainnya <i>Others</i>

***Jika yang mengajukan klaim adalah Ahli Waris, maka wajib memberikan salinan surat keterangan kematian dari fasilitas pelayanan kesehatan atau kelurahan dan salinan kartu keluarga sebagai bukti hubungan keluarga.**

**If the claimant is the beneficiary, must provide photocopy of the death certificate of the Insured 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>	☐ Bagasi dan Barang Pribadi <i>Baggage and Personal Belongings</i> ☐ Pembatalan & Perubahan Perjalanan <i>Trip Cancellation & Alteration</i>
	☐ Biaya Medis <i>Medical Expense</i> ☐ Penundaan Perjalanan <i>Travel Delay</i>
	☐ Kecelakaan Diri <i>Personal Accident</i> ☐ Lainnya <i>Others</i>
Tanggal dan Waktu Kejadian <i>Date and Time of Incident</i>	/ / dan : (WIB/WITA/WIT)*
Tempat Terjadinya Kejadian <i>Incident Location</i>	
Kronologi Kejadian <i>Chronology of Incident</i>	
Nilai Klaim yang Diajukan (Rupiah) <i>Amount to be Claimed (IDR)</i>	

D. DETAIL CEDERA ATAU PENYAKIT / INJURY OR ILLNESS DETAIL

Diisi untuk klaim manfaat Biaya Medis dan Kecelakaan Diri / To be completed for Medical Expenses and Personal Accident benefit

Nama Kondisi Cedera atau Sakit
Condition Name of Injury or Sickness

Tempat Cedera atau Sakit Terjadi
Place where injury or sickness occurred

Diisi oleh dokter yang memeriksa / To be completed by consulting physician

Tanggal Konsultasi or Perawatan
Hospitalization or Consultation Date

 / /

Nama Dokter
Doctor Name

Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan
Healthcare Facility's Name

Alamat Fasilitas Pelayanan Kesehatan
Healthcare Facility's Address

No. Telp Fasilitas Pelayanan Kesehatan
Healthcare Facility's Telp No.

Tanggal pasien mendapatkan
perawatan terakhir untuk
cedera/penyakit yang sama
Dates when patient had any prior treatment of
the same injury/illness

 / /

Anamnesa
Anamnesa

Pemeriksaan Fisik
Physical Examination

Diagnosis Utama
Primary Diagnosis

Diagnosis Tambahan
Additional Diagnosis

Terapi
Therapy

Saya menyatakan bahwa keterangan pemeriksaan di atas adalah benar dan lengkap menurut pengetahuan dan keyakinan saya.

I hereby certify that the information provided above regarding this examination is true and complete to the best of my knowledge and belief.

Kota
City

Tanggal
Date

 / /

Stempel, Nama, dan Tanda Tangan Dokter
Stamp, Name, and Signature of Doctor

E. DETAIL PEMBAYARAN CLAIM / CLAIM PAYMENT DETAIL

Nama Pemilik Rekening
Account Name

Nomor Rekening
Account No.

Nama Bank
Bank

Cabang Bank
Bank Branch

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

Hubungan dengan Tertanggung
Relationship with the Insured

☐

Pemegang Polis
Policyholder

☐

Penerima Manfaat
Beneficiary

☐

Lainnya
Others

Alamat
Address

Kode pos
Postal Code

No. Telepon / HP
Phone Number

Saya/Kami menyatakan bahwa:

- 1. Seluruh keterangan, data, dan informasi pribadi yang disampaikan dan diungkapkan saat ini dan/atau di kemudian hari ("Data") kepada PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk ("Perusahaan"), adalah benar dan lengkap.
- 2. Apabila Data yang diberikan terbukti tidak benar, tidak lengkap, atau terdapat unsur pemalsuan, maka klaim menjadi batal, semua hak untuk mendapatkan ganti rugi berdasarkan Polis akan hilang, dan Saya bersedia untuk mengembalikan pembayaran klaim yang telah diterima, jika ada, kepada Perusahaan.
- 3. Memberikan kuasa penuh kepada Perusahaan atau wakilnya yang berwenang untuk memperoleh Data dari dokter, fasilitas pelayanan kesehatan, perusahaan asuransi lain, dan pihak lainnya yang mempunyai Data tersebut.
- 4. Menyetujui Perusahaan, afiliasi dan pihak lain yang berkepentingan untuk menggunakan dan memproses data pribadi saya saat ini dan di masa depan, termasuk mengizinkan Perusahaan untuk memperoleh, mengumpulkan, menggunakan, memberikan, membagikan, mengalihkan, mengolah, menganalisis, menyimpan, menampilkan, memperbarui, menghapus atau memusnahkan, dan/atau mengirimkan ("Pemrosesan") Data sesuai dengan hukum yang berlaku untuk tujuan penanganan klaim, pemrosesan atau analisa data klaim, survey kepuasan dan peningkatan layanan.
- 5. Menyetujui jika klaim yang diajukan melebihi batas manfaat dalam polis, Perusahaan hanya akan membayar klaim sesuai dengan batas yang tercantum dalam polis.
- 6. Jika ada perbedaan penafsiran antara versi Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris, maka yang berlaku adalah versi Bahasa Indonesia.
- 7. Ditandatangani untuk dan atas nama Tertanggung.

PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk ("Perusahaan") berkomitmen untuk menjaga dan tidak pernah membagikan data Nasabah/Penerima Manfaat kepada pihak lain tanpa izin Nasabah/Penerima Manfaat.

I/We declare that:

- 1. All the information, data, and personal details provided to PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk ("the Company") now and/or in the future ("Data") are true and complete.
- 2. If the Data provided is found to be false, incomplete, or contains elements of fraud, the claim will be void. All rights to compensation under the Policy will be lost, and I agree to return any claim payments already received, if any, to the Company.
- 3. I give full authority to the Company or its authorised representatives to obtain Data from doctors, healthcare facilities, other insurance companies, and other parties holding such Data.
- 4. I agree that the Company, its affiliates, and other interested parties may use and process my personal data now and in the future. This includes allowing the Company to obtain, collect, use, provide, share, transfer, process, analyse, store, display, update, delete or destroy, and/or transmit ("Processing") the Data in accordance with applicable laws for the purposes of handling claims, processing or analysing claim data, conducting satisfaction surveys, and improving services.
- 5. I agree that if the claim submitted exceeds the benefit limit in the policy, the Company will only pay claims up to the limit specified in the policy.
- 6. If there is any difference in interpretation between the Indonesian and English versions, the Indonesian version shall prevail.
- 7. Signed for and on behalf of the Insured.

PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk ("Company") is committed to protecting your data. We will never share your information with anyone else without your permission.

Ditandatangani Untuk & Atas Nama Tertanggung

Signature & On Behalf of the Insured

Kota _____ Tanggal / /
City Date

Nama Lengkap
Full Name