ZURICH TRAVEL INSURANCE – CLAIM FORM

INSURED INFORMATION / *DATA TERTANGGUNG*		
Name of Insured ***Nama Tertanggung***	Age ***Usia***	Sex ***Jenis Kelamin***
	Policy No. ***No. Polis***	
Address ***Alamat***	Telephone No. ***No. Telephone***	
	Mobile Phone No. ***No. Ponsel***	
Email Address ***Alamat Email***	Office Phone No. ***No. Telepon Kantor***	
CLAIMANT INFORMATION / *DATA PENGAJU KLAIM*		
Name of Claimant ***Nama Pengaju Klaim***	Age ***Usia***	Sex ***Jenis Kelamin***
Address ***Alamat***	Telephone No. ***No. Telephone***	
	Mobile Phone No. ***No. Ponsel***	
Email Address ***Alamat Email***	Office Phone No. ***No. Telepon Kantor***	
Relationship with the Insured ***Hubungan dengan Tertanggung***		
LOSS / *KERUGIAN*		
Type of Loss ***Jenis Kerugian***		

Date and Time of Loss ***Tanggal dan Waktu Kerugian***
Place of Loss ***Tempat terjadinya kerugian***
Chronology of Loss ***Kronologi terjadinya kerugian***
DETAILS OF INJURY OR SICKNESS / *RINCIAN CEDERA ATAU PENYAKIT*
Nature and Condition of Injury or Sickness ***Sifat dan kondisi cedera atau sakit :***
Place/ Address where injury or sickness occurred ***Tempat/Alamat dimana cedera atau sakit terjadi:***

TO BE FILLED BY CONSULTING PHYSICIAN / *DIISI OLEH DOKTER YANG MEMERIKSA*	
Hospitalization/ Consultation Dates ***Tanggal Konsultasi/Perawatan :***	
Name of Hospital ***Nama Rumah Sakit :***	Attending Physician ***Dokter yang Memeriksa :***
Hospital Address ***Alamat Rumah Sakit:***	Phone Number : ***No. Telephone***
	Fax Number: ***No. Fax***
Date/s when patient had any prior treatment of the same illness? ***Tanggal pasien mendapatkan perawatan sebelumnya untuk penyakit yang sama?***	
Anamnesa ***Anamnesa***	

Physical Examination
Pemeriksaan Fisik

Primary Diagnosis
Diagnosa Utama

Additional Diagnosis
Diagnosis Tambahan

Therapy
Terapi

I, as the consulting physician, have treated this patient and confirmed that information is true and complete to the best of my knowledge and belief

Saya, dokter yang merawat/memeriksa dengan ini menyatakan keterangan diatas adalah benar dan lengkap menurut pengetahuan dan keyakinan saya.

_____, _____

_____

Stamp, Name, Signature of Physician

Stempel, Nama, Tanda tangan & Alamat Dokter

PAYMENT OF CLAIMS/*PEMBAYARAN KLAIM*

Account Name

Nama pada Rekening

Name of Bank
Nama Bank

Account Number
Nomor Rekening

Additional Information (Must be filled in and affix a stamped signature if payment of the claim is not to the Insured)
Info Tambahan (Wajib diisi & bubuhkan tandatangan Tertanggung bermaterai jika pembayaran klaim bukan ke Tertanggung)

I hereby authorize the transfer of claim payments to the account above and free up Zurich from all lawsuits for the transfer of this claim payments.

Dengan ini saya memberikan Kuasa untuk mengalihkan pembayaran klaim ke rekening diatas dan membebaskan Zurich atas segala tuntutan hukum atas pengalihan pembayaran klaim tersebut.

Relationship with the Insured

Hubungan dengan Tertanggung

Address

Alamat

Postal Code / Kode Pos :

Telephone Number

Nomor Telepon/HP

DECLARATION / *PERNYATAAN*

1. I declare that all foregoing information given by me in this claim form and all its attachments are true and correct to the best of my knowledge. I further agree that if I 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.
   Saya menyatakan bahwa sepengetahuan saya semua keterangan yang saya berikan dalam formulir klaim ini dan semua lampirannya adalah benar dan sejujurnya. Selanjutnya saya setuju bahwa jika saya 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.

2. I'm fully authorizing the Insurer to obtain the confidential report of my health condition from the, Doctor(s), Healthcare Facility (ies), Other Insurance Company (ies) or other organization or institution or any individual that has any records or relevant knowledge or information pertaining to my / the Insured's condition which acquired by the Insured or their authorized representatives.
   Dengan ini saya memberi kuasa penuh pada Penanggung untuk memperoleh informasi dari setiap Dokter, Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Perusahaan Asuransi, Organisasi, Instansi atau individu lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan dan kesehatan Saya / Tertanggung untuk memberitahukannya kepada Penanggung atau wakilnya

3. I hereby authorize the Insurer to use or provide my / the Insured's information provided, obtained, or stored by the Insurer, to other parties which have an agreement relationship with the Insurer in connection with this claims.
   Saya mengizinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi tentang Saya / Tertanggung yang tersedia, diperoleh, atau disimpan oleh Penanggung, kepada pihak – pihak lain yang memiliki hubungan kerja sama dengan penanggung dalam kaitan dengan klaim ini.

4. If the claim I submitted exceed the benefit limit on the policy, **PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk** will only cover the claim for maximum the limit of benefits.
   Jika klaim yang saya ajukan melebihi batas manfaat dalam polis yang saya miliki, PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk hanya akan membayar manfaat klaim setinggi-tingginya sesuai batas manfaat yang tertera dalam polis.

5. I declare to release **PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk** from the obligation to pay other claims, legal responsibilities, and claims of any kind from third parties for the same reasons as those contained in the scope of coverage of the Policy.

Saya menyatakan membebaskan PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk dari kewajiban pembayaran klaim lain, tanggung jawab hukum, dan tuntutan dalam bentuk apapun juga dari pihak ketiga untuk sebab yang sama seperti yang terdapat dalam ruang lingkup pertanggungan Polis.

6. If in the future it turns out that the error can be proven and/or the statement that I have given is not true, then I / we are willing to voluntarily return the claim payment that I have received immediately at that time to **PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk.**
Jika di kemudian hari ternyata dapat dibuktikan terdapat kesalahan dan / atau pernyataan yang Saya berikan tidak benar, maka saya / kami bersedia secara sukarela untuk mengembalikan pembayaran klaim yang telah Saya terima

Ditandatangani Untuk & Atas Nama Tertanggung
Signature & On Behalf of the Insured

Date
Tanggal

ID Card/Passport No.
Nomor Identitas/Paspor

Nama Lengkap / *Full Name*

DOKUMEN KLAIM / *CLAIM DOCUMENT*

Dokumen klaim akan tergantung jenis klaim pada manfaat yang diajukan / *Claims document will depend on the type of benefit claims submitted.*
Berikut adalah dokumen yang pada umum nya akan Kami perlukan / *The following are documents which We will require in general :*

1. Formulir Klaim & Kronologis Kejadian/ *Claim Form & Event Chronology*
2. Fotokopi identitas diri / *Copy of self identification*
3. Fotokopi passport / *Copy of passport*
4. Copy Polis / *Copy of Policy*
5. Ticket & Boarding Pass */ Tickets & Boarding Pass*
6. Dokumen lain jika diperlukan /*Other documents if needed*

Kami akan memberitahukan Anda dokumen lain yang diperlukan dengan lebih rinci setelah menerima pemberitahuan klaim Anda secara tertulis ke alamat kontak yang Anda berikan.
We will inform You in detail the other required documents upon receiving Your written claims notification to Your contact address.