

Formulir Klaim / Claim Form

Asuransi Perjalanan / Travel Insurance



Data tertanggung / Insured's data

Nama Tertanggung / Insured's Name:	No. Polis / Policy No.:	Usia / Age
Alamat / Address:	Telepon / Phone	Jenis Kelamin / Gender <input type="checkbox"/> Pria / Male <input type="checkbox"/> Wanita / Female
Pekerjaan / Occupation:	Alamat Email / Email Address	

Detail Pengaju Klaim / Claimant's Detail

Tidak Perlu mengisi bagian ini jika Pengaju klaim adalah Tertanggung / No need to fill in this section if claimant is the Insured

Nama Pengaju Klaim / Claimant's Name	Hubungan / Relationship
--------------------------------------	-------------------------

Jenis Klaim / Type of Loss

Jenis Klaim / Type of Loss _____

Harap menceritakan kronologis kejadian dan nilai kerugian klaim / Please describe the chronology and value of claim

Apakah Anda dijamin di asuransi perjalanan yang lain? Ya / Yes Tidak / No
Are you covered under other travel insurance ?

Jika Ya, sebutkan / if yes, please inform : _____

Bagian 1. Pembatalan perjalanan / Pengurangan perjalanan Part 1. Cancellation / Curtailment of trip

Mohon beri tanda pada kotak yang tepat: Pembatalan sebelum perjalanan dilakukan / Cancellation before the journey begin
Please tick the appropriate box: Pengurangan perjalanan setelah perjalanan dimulai / Curtailment after the journey begin

Alasan Pembatalan/Pengurangan
Cancellation/Curtailment reasons _____

Tanggal pemesanan perjalanan
Travel booking date _____

Jadwal keberangkatan/kepulungan awal
Original scheduled departure/return date _____

Apakah ada pengembalian yang diberikan oleh pihak lain? Ya / Yes Tidak / No
Have any refund been made by other parties?

Jika ya, mohon cantumkan besarnya kompensasi
If yes, please state amount compensated by other parties

Rincian biaya perjalanan / Details of trip costs :

Item	Jumlah yang dibayarkan/ Amount Paid	Pengembalian/ Refund
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Bagian 2. Penundaan perjalanan / Part 2. Travel delay

Lokasi insiden yang menyebabkan klaim
Location of incident causing claim

Jadwal penerbangan semula / *Original flight details*
Tanggal / *Date*

Waktu / *Time*

Penyebab / *Cause*

- Bencana alam / *Natural disaster*
 Cuaca buruk / *Extreme weather*
 Kerusakan pengangkutan / *Carrier defect*
 Terorisme / *Terrorism*
 Kerusuhan, pemogokan, huru hara / *Riot, strike, civil commotion*
 Lainnya / *Other (please specify)*

Jadwal penerbangan aktual / *Actual flight details*
Tanggal / *Date*

Waktu / *Time*

Bagian 3. Keterlambatan bagasi / Part 3. Baggage delay

Tempat kedatangan / *Place of arrival*

Seharusnya bagasi diterima (sesuai dengan jadwal kedatangan)
Baggage should have been received (as per arrival time)

Bagasi diterima / *Baggage received*

Tanggal / *Date*

Tanggal / *Date*

Waktu / *Time*

Waktu / *Time*

Bagian 4. Kerusakan bagasi, kehilangan barang pribadi, dokumen perjalanan dan uang

Part 4. Baggage damage, loss of personal effects, travel documents and money

Mohon beri tanda pada kotak yang tepat / *Please tick the appropriate box*

- Kehilangan Bagasi / *Baggage Loss*
 Kerusakan Bagasi / *Baggage Damage*
 Kerusakan/Kehilangan barang pribadi / *Damage/Loss of personal effects*
 Kehilangan dokumen perjalanan / *Loss of travel documents*
 Kehilangan uang / *Loss of money*

Kepada siapa insiden tersebut dilaporkan?
To whom the incident was reported?

Tempat kejadian / *Location of loss*

Tanggal kejadian / *Date of loss*

Penyebab Kehilangan/Kerusakan / *Cause of loss:*

Rincian barang pribadi yang rusak, dicuri atau hilang (dapat dicantumkan pada lembar terpisah jika perlu)
Detail of damage, stolen or lost personal effects (you may continue on separate sheet if necessary)

Penjelasan Barang
Description of item

Jumlah
Quantity

Tanggal pembelian
Purchase date

Tempat pembelian
Purchase place

Harga pembelian
Purchase price

Bagian 5. Klaim Sehubungan dengan Kecelakaan atau Sakit / Part 5. Accident or Sickness Related Claim Only

Cedera sakit yang di derita / *Injury or sickness sustained*

Nama dan Alamat dari Dokter Pribadi/langganan Anda/
Name and address of your usual attending Doctor

Gejala yang dialami / *Symptoms*

Biaya dokter / *Doctor's fee*

Kapan gejala mulai dirasakan / *When you felt the symptoms*

Obat-obatan / *Medicine:*

Apakah Anda pernah melakukan konsultasi medis atau pernah mendapatkan pengobatan untuk kondisi ini? / *Have you been consulted or received treatment for this condition?*

Lainnya (jelaskan) / *Others (specify):*

Ya / *Yes* Tidak / *No* Kapan / *When* _____

Nama Rumah Sakit & Dokter / *Name of Hospital & Doctor*

Jumlah Total / *Total:*

Bagian 6. Untuk diisi oleh dokter / Part 6. To be fill in by attending doctor only

Diagnosa / *Diagnosis:*

Tanggal / *Date:*

Kapan gejala pertama terjadi / *When did patient's sympton first occure?*

Tanda tangan & Stempel / *Sign & Stamp*

Kapan pertama kali pasien berkonsultasi pada Anda? / *When did the patient consult to you for the first time?*

Jelaskan komplikasi atau penyakit yang mempengaruhi kondisi sekarang/
Describe any other or infirmity affecting present conditions

Bagian 7. Kunjungan anggota keluarga / Part 7. Overseas compassionate visit

Alasan untuk tambahan biaya perjalanan dan akomodasi/
Reason for additional travel and accommodation expenses?

Kematian / *Death*

Penyakit/Cidera Serius / *Sickness/Serious injury*

Periode rawat inap di rumah sakit / *period of hospitalization :*

sejak / *from* _____

hingga / *to* _____

Mohon cantumkan nama dan hubungan dengan Anda/
Please state their name and relationship

Nama / *Name* : _____

Hubungan / *Relationship* : _____

Rincian biaya akomodasi tambahan dan biaya perjalanan tambahan / *Details of accommodation expenses and additional travel expenses*

	Item	Jumlah/Amount
Biaya Akomodasi / <i>Accommodation costs</i>		
Biaya perjalanan / <i>travel expenses</i>		
Lainya, mohon sebutkan / <i>Others, please specify</i>		
	Jumlah Total / Total Amount	

Bagian 8. Tanggung Gugat Pribadi / Part 8. Personal Liability

Manakah dari berikut ini yang Anda dimintai untuk bertanggung jawab / *Which of the following are you being held liable for?*

Kerusakan / *Damage* Kompensasi medis / *Medical compensation*

Mohon berikan rincian mengenai sejauh apa kerusakan atau cedera yang diderita oleh pihak/orang lain
Please provide details on the extent of damages or injuries sustained by the other party/person

Apakah Anda meminta Pengacara untuk mewakili Anda? / *Have you instructed solicitors to represent you at this time?*

Ya / *Yes* Jika Ya, mohon berikan nama Pengacara tsb/If Yes, please provide the name of solicitor

Tidak / *No* Nomor kontak / *Contact Number* _____

Untuk kerusakan harta benda/for property damage

Nama Pemilik / *Owner's Name*

Alamat / *Address*

Jenis barang dan sifat kerusakan / *Name of property and extent of damage*

Jumlah yang diklaim / *Amount of claim*

Untuk cedera tubuh/for bodily injury

Nama Pemilik / *Owner's Name*

Alamat / *Address*

Rumah Sakit/Dokter yang merawat (alamat & telepon) / *Hospital or Doctor (address & telephone)*

Jumlah yang diklaim / *Amount of claim*

Bagian 9 . Lainnya / Part 9. Others

Sehubungan dengan klaim lainnya, yang tidak termasuk dalam bagian tersebut di atas, silakan memberikan rincian dari klaim tersebut. Jika ruang tidak cukup untuk rincian tersebut, silahkan lampirkan terpisah. / *In respect of any other claim, which does not fall within the sections stated above, please provide details of the claim you are submitting. If the space is insufficient for such details, please attach another page.*

Bagian 10. Deklarasi Dan Surat Kuasa / Part 10. Declaration Authorization Letter

Saya/Kami menyatakan bahwa dengan sepengetahuan saya/kami semua keterangan yang saya/kami berikan dalam formulir ini dan semua lampirannya adalah benar dan sejujurnya. Selanjutnya saya/kami setuju 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 fakta material 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. / *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 right to recover hereunder in respect of past or future claim shall be forfeited.*

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/kami untuk memberikan kepada PT Zurich Insurance Indonesia dan wakilnya yang berwenang. / *I'm/We're fully authorizing any 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 to provide to by PT Zurich Insurance Indonesia or their authorized representatives.*

Saya/kami mengizinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi tentang saya/kami yang tersedia atau diperoleh atau disimpan oleh Penanggung, kepada pihak-pihak lain yang memiliki hubungan kerja sama dengan Penanggung dalam kaitan dengan klaim saya/kami. / *I/We hereby authorized the Insurer to use or share 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.*

Fotokopi dari surat kuasa ini dianggap sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama dengan aslinya / *The copy of this authorization letter shall be considered as effective and legitimate as the original.*

Tanggal / Date,

Tanda tangan Pengaju Klaim
Signature of Claimant

Tanda tangan pemegang polis
Signature of policy holder

.....

Bagian 11. Informasi Transfer Bank / Part 11. Bank Transfer Information

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

Nomor Rekening / *Number of Account* : _____

USD IDR

Atas Nama / *Care of* : _____

Kirimkan dokumen klaim kepada / *Please send the claim document to* :

Bagian Klaim / *Claim Department*
PT. Zurich Insurance Indonesia
Plaza Sentral, Lantai 5B
Jl. Jend sudirman Kav. 47 Jakarta 12930
Jakarta - Indonesia

Untuk keterangan lebih lanjut, hubungi kami di :
For further information, contact us at :

(021) 255 35 255
Customer Care Center

