

**FORMULIR KLAIM SANTUNAN DUKA
FUNERAL ALLOWANCE CLAIM FORM**

Nama Perusahaan / Name of Company _____

Nama Karyawan / Employee Name _____

Nama Peserta / Member Name _____

No Peserta Asuransi / NIP / Insurance Registration No / EIN _____

Tanggal Kejadian / Date of Accident _____

Tempat Kejadian / Place of Accident _____

Kronologis Kejadian / Chronology _____

Status Peserta / Relation Karyawan Him / Herself Istri / Suami Wife / Husband Anak Child

INFORMASI PEMBAYARAN CLAIM / CLAIM PAYMENT INFORMATION

Nama Bank / Bank's Name _____

Nama Cabang Bank / Name of Bank Branch _____

No. Rekening Bank / Bank Account No. _____

Atas Nama Rekening / Bank Account Owner _____

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 _____

No Telp / HP _____

DOKUMEN KLAIM / CLAIM DOCUMENT

Catatan : Tolong lampirkan di dalam dokumen / Note : Please submit full document

- 1 Form duka lengkap / Complete form of death
- 2 Kartu asli peserta asuransi / Original member card
- 3 Fotocopy KTP peserta / Copy of identity card of deceased
- 4 Fotocopy KTP pengaju klaim / Copy of claimant's identity card
- 5 Fotocopy kartu keluarga (hubungan pengaju klaim) / Copy of claimant's family card
- 6 Surat keterangan meninggal dunia dari instansi yang berwenang (asli/legalisir) / Data report from the government authority (original/legalized)
- 7 Surat keterangan dari dokter yang menyatakan penyebab kematian atau visum (Jika meninggal di tempat pelayanan kesehatan) Medical report signed by the attending doctor or visum (if due to hospitalized)
- 8 Laporan/berita acara kepolisian (Jika kecelakaan) / Policy report (If due to accident)
- 9 Dokumen lainnya jika dibutuhkan akan disampaikan kemudian / Other documents, if needed, will be provided later

PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk ("Perusahaan") berkomitmen untuk menjaga dan tidak pernah membagikan data Nasabah/Penerima Manfaat kepada pihak lain tanpa ijin Nasabah/Penerima Manfaat. Oleh karena itu, kami Perusahaan mengharapkan Anda untuk dapat membaca dengan seksama Pernyataan Nasabah/Penerima Manfaat di bawah ini.

PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk (the "Company") is committed to maintaining and never sharing Customer/Beneficiary data with other parties without the permission of the Customer/Beneficiary. Therefore, we the Company expects you to be able to read carefully the Customer/Beneficiary Statement below.

PERNYATAAN / STATEMENT

1. Saya/Kami, selaku Nasabah atau Penerima Manfaat, dengan ini menyatakan bahwa seluruh keterangan, data dan/atau informasi pribadi Saya/Kami, yang Saya/Kami berikan dan ungkapkan saat ini dan/atau di kemudian hari ("**Data**") kepada Perusahaan, adalah benar, sejujurnya, dan lengkap.
*I/We, as the Participant(s) or Beneficiary(ies), hereby declare that all My/Our personal descriptions, data and/or information, which I/We provide and disclose at the moment and/or in the future ("**Data**") to the Company, are true, truthful, and complete.*
2. Saya/Kami dengan ini setuju apabila Data yang Saya/Kami berikan adalah tidak benar atau terdapat unsur pemalsuan atau penipuan, atau Saya/Kami meniadakan, menyembunyikan, atau memberikan pernyataan yang salah mengenai materi fakta dengan cara apapun, maka klaim menjadi batal dan semua hak untuk mendapatkan ganti rugi berdasarkan Polis untuk klaim yang lalu maupun yang akan datang akan hilang. Saya/Kami bersedia secara sukarela untuk mengembalikan pembayaran klaim yang telah Saya/Kami terima, bila ada, kepada Perusahaan.
I/We hereby agree that if the Data that I/We provide is false or there is an element of falsification or fraud, or I/We restrained, concealed, or falsely state any material facts in any way, then the claim becomes void and all rights to obtain compensation under the Policy for past and future claims shall be forfeited. I/We hereby voluntarily shall refund any claim payment that I/We have received, if any, to the Company.
3. Saya/Kami dengan ini memberi kuasa penuh kepada Perusahaan untuk memperoleh Data dari setiap dokter, fasilitas pelayanan kesehatan, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi lain, organisasi, instansi, broker, agen, individu, dan/atau pihak lainnya ("**Pihak Lain**") yang mempunyai keterangan, catatan, atau mengetahui keadaan kesehatan atau kondisi Saya/Kami untuk memberitahukannya kepada Perusahaan atau wakilnya yang berwenang.
*I/We hereby authorize the Company to obtain Data from any doctor, health service facility, hospital, clinic, public health facility (puskesmas), other insurance companies, organization, institution, broker, agent, individual, and/or other party ("**Other Party**") who has the information, records, or knowledge of the state of My/Our health or condition to disclose it to the Company or its authorized representative.*
4. Saya/Kami dengan ini setuju dan mengizinkan Perusahaan untuk memperoleh, mengumpulkan, menggunakan, memberikan, membagikan, mengalihkan, mengolah, menganalisis, menyimpan, menampilkan, memperbarui, menghapus, memusnahkan, dan/atau mengirimkan ("**Pemrosesan**") Data sehubungan dengan Data yang diterima dari Pihak Lain dan berwenang untuk selanjutnya meneruskannya kepada dan/atau melakukan Pemrosesan Data dengan melibatkan afiliasi Perusahaan, mitra kerja sama ko-asuransi, reasuransi Perusahaan, dan/atau pihak penerima data lainnya ("**Penerima Data**"), jika diperlukan, dalam rangka pelaksanaan penanganan klaim dan pemrosesan atau analisa data klaim.
*I/We hereby agree and authorize the Company to obtain, collect, use, provide, share, transfer, process, analyse, store, display, update, delete, destroy and/or transmit ("**Processing**") the Data in connection with the Data received from Other Parties and are authorized to subsequently forward it to and/or carry out Data Processing by involving Company affiliates, co-insurance cooperation partners, reinsurance of the Company, and/or other data recipients ("**Data Recipients**"), if necessary, in carrying out claims handling and processing or analysing claim data.*
5. Saya/Kami dengan ini setuju jika klaim yang Saya/Kami ajukan melebihi batas manfaat dalam polis yang Saya/Kami miliki, Perusahaan hanya akan membayar manfaat klaim setinggi-tingginya sesuai batas manfaat yang tertera dalam Polis.
I/We hereby agree that if the claim that I/We submit exceeds the benefit limit of the respective Policy, the Company will only pay the maximum benefit limit according to the benefit limit stated in the Policy.
6. Saya/Kami memahami bahwa Perusahaan akan menerapkan perlindungan terhadap Data Saya/Kami sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan tidak akan menggunakan Data selain penggunaan yang dimaksud dalam poin 4 di atas.
I/We understand that the Company will implement protection to My/Our Data in accordance with applicable laws and regulations and will not use the Data other than for the purpose as referred to in point 4 above.
7. Saya/Kami, dalam segala hal, akan mematuhi peraturan perundang-undangan yang berlaku khususnya peraturan perundang-undangan di bidang jasa keuangan.
I/We, in all respects, shall comply with the applicable laws and regulations, especially laws and regulations of financial services.
8. Saya/Kami dengan ini membebaskan Perusahaan dari setiap tuntutan, gugatan, permohonan, dan/atau klaim ganti rugi yang timbul akibat, tanpa perlu dibuktikan, (i) kesalahan/kelalaian dari Saya/Kami, dan/atau (ii) kelalaian pihak ketiga yang tidak berwenang dalam Pemrosesan Data.
I/We hereby release the Company from any claims, suits, applications, and/or claims for compensation that arising from, without the need to be proven, (i) My/Our mistake/negligence, and/or (ii) the negligence of unauthorized third parties in Processing the Data.
9. Saya/Kami dengan ini membebaskan Perusahaan dari kewajiban pembayaran klaim lain, tanggung jawab hukum, dan tuntutan dalam bentuk apapun juga dari pihak ketiga untuk sebab dan permohonan klaim untuk ruang lingkup pertanggung-jawaban yang sama dalam Polis.
I/We hereby release the Company from the obligation to pay other claims, legal liabilities, and claims of any form from third parties for causes and claim applications for the same scope of coverage in the Policy.
10. Dalam hal terdapat perbedaan penafsiran antara versi Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris, maka versi Bahasa Indonesia akan berlaku.
In the event of a discrepancy in the interpretation between the Bahasa and English version, the Bahasa version shall prevail.

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

_____ Tanggal/Date _____ Bulan/Month _____ Tahun/Year _____

Nama Lengkap / Full Name