

FORMULIR KLAIM ASURANSI PERJALANAN TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM

Please fill in with print letters and return to the address below :

Mohon lengkapi dengan huruf cetak dan kembalikan ke alamat yang ada dibawah ini :

HOW TO CLAIM / CARA MENGAJUKAN KLAIM

- **Send this Form together with: detail chronology, photocopy of the ID card, airline ticket, boarding pass, passport if international flight and other travel related documents**

Kirimkan kembali Formulir bersama : kronologi kejadian, fotocopy KTP, tiket perjalanan, boarding pass, pasport jika perjalanan ke luar negeri, dan dokumen perjalanan lainnya

- **For Travel Accident Claim, please complete claim form with police report (also can use for loss of property), airline statement, family card, birth certificate, death certificate, beneficiaries designation etc.**

Untuk klaim kecelakaan, lengkapi dengan laporan kepolisian (bisa untuk kehilangan barang), keterangan dari pihak penerbangan, kartu keluarga, akte kelahiran, akte kematian, fatwa waris dan lain-lain

SECTION A

CLAIMANT INFORMATION / DATA PENGAJU KLAIM

- 1. Name of Insured :** **Age** : **Sex:**.....
Nama Tertanggung Umur L/P
- 2. Address :** **Telephone :** **Home**
Alamat Telepon Rumah
..... **Office**
..... Kantor
..... **Handphone**
- 3. Policy No. :** **Period:** **For:** **days/months**
No. Polis Periode Untuk hari/bulan
- 4. Relationship With Insured :**
Hubungan Dengan Tertanggung

SECTION B

CANCELLATION & CURTAILMENT / PEMBATALAN DAN PENGURANGAN

- 1. Travel Cancellation / Pembatalan Perjalanan**
Detail Chronology / Penjelasan Secara Rinci

.....



ACE Jaya Proteksi

2. Travel Curtailment / Pengurangan Perjalanan
Detail Chronology / Penjelasan Secara Rinci

.....

.....

.....

.....

SECTION C
ACCIDENT OR SICKNESS CLAIM / KLAIM KECELAKAAN DIRI ATAU SAKIT

1. Nature & Extent of Injury or Sickness

Jenis Kecelakaan atau Sakit

.....

.....

2. Date of first consultation with your doctor :

Tanggal konsultasi pertama dengan dokter

3. Date you were in hospital :

Tanggal anda berada di rumah sakit

4. Period of consultation or hospitalization :

Periode konsultasi atau perawatan di rumah sakit

Admission date :
Tanggal masuk

Discharge date :
Tanggal keluar

5. Doctor's name and complete address

Nama dan alamat lengkap dokter:

Telephone :
Telephone

6. Hospital's name and complete address :

Nama dan alamat lengkap rumah sakit

Telephone :
Telephone

7. Describe amount paid to a doctor or a hospital (please enclosed the original bills)

Sebutkan jumlah yang telah anda bayar kepada dokter atau rumah sakit (mohon lampirkan bukti pembayaran asli)

.....



insured.™

SECTION D
AUTHORIZATION / SURAT KUASA

1. I declare that the above information is true and complete to the best of my knowledge and belief

Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh keterangan yang diberikan adalah benar dan sah

2. I hereby authorise any Doctor(s) who has ever medically attended me, or any Hospital/Clinics, Companies, and other Organizations, Institution and Individual to disclose any or all relevant knowledge or information pertaining to my condition which acquired by PT ACE Jaya Proteksi or their Authorised Representative.

Dengan ini saya memberi kuasa, kepada setiap Dokter, Rumah Sakit/ Klinik, Perusahaan dan Organisasi lain, Institusi ataupun perorangan yang mengetahui keadaan atau kesehatan saya untuk mengungkap setiap dan semua informasi kepada PT ACE Jaya Proteksi atau mereka yang mewakilinya.

3. I hereby authorise PT ACE Jaya Proteksi or its Authorised Representative to collect and record any personal data of the policyholder and claimant(s), and disclose such personal data to appropriate third parties in or outside the Republic of Indonesia, including its service providers to deliver services or carry out certain business activities on its behalf and to other ACE companies. Furthermore, I hereby consent to PT ACE Jaya Proteksi recording, using and disclosing such personal data in this way.

Dengan ini saya memberikan kuasa kepada PT ACE Jaya Proteksi untuk mengumpulkan dan menyimpan setiap data pribadi pemegang polis dan orang yang mengajukan klaim, dan untuk mengungkapkan data pribadi tersebut kepada pihak ketiga yang layak baik di dalam maupun di luar wilayah Republik Indonesia, termasuk pada para penyedia jasanya untuk melaksanakan pelayanan atau kegiatan usaha tertentu atas nama PT. ACE Jaya Proteksi dan kepada perusahaan lain dalam kelompok usaha ACE. Selanjutnya, Saya setuju bahwa ACE dapat menyimpan, menggunakan dan mengungkapkan data pribadi tersebut dengan cara yang demikian.

.....
Date
Tanggal

.....
Signature of Policyholder
Tanda tangan Pemegang Polis:

SECTION E
ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT / SURAT KETERANGAN DOKTER

1. Please state briefly the circumstances necessitating medical treatment

Uraikan secara singkat kondisi penyakit/luka badan sehingga perlu menjalani perawatan medis

.....
.....

2. A. Nature and origin of symptoms first occurred ____/____/____ **DD/MM/YY**
Tanggal pertama kali gejala sakit/cedera dirasakan Tgl/Bln/Thn

B. Symptoms/Nature of Injury :
Keluhan yang dirasakan /Jenis cedera

3. Diagnosis of Illness or Injury :
Diagnosa penyakit atau cedera

4. If surgery performed, please state date of surgery and type or surgery
Jika dilakukan tindakan operasi, mohon jelaskan tanggal dan jenis operasi yang dilakukan

.....
.....



insured.™

5. **Has patient had any disease or infirmity affecting present condition?**

Apakah pasien pernah memiliki penyakit lain yang mempengaruhi kondisi sekarang?

If Yes, please state :

Jika Ya, mohon jelaskan

6. **If patient was hospitalized, give name and address of hospital**

Jika menjalani rawat inap, mohon berikan nama dan alamat rumah sakit

Hospital / Rumah sakit :

Complete address / Alamat lengkap :

Date admitted : ____/____/____ **DD/MM/YY**

Tanggal masuk

Tgl/Bln/Thn

Date discharged: ____/____/____ **DD/MM/YY**

Tanggal keluar:

Tgl/Bln/Thn

I declare that the above information is true and complete to the best of my knowledge and belief

Demikian saya menyatakan bahwa seluruh jawaban-jawaban diatas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan saya.

Name & Signature of Attending Physician

Nama dan Tanda tangan dokter

Att. Physician/Hosp. Stamp

Stempel Dokter/Rumah Sakit

Specialist

Keahlian

SECTION F

KLAIM KEHILANGAN BARANG / BAGGAGE CLAIM

Article stolen or damaged Barang yang hilang/rusak	Date Purchased Tanggal Pembelian	Amount Jumlah	Amount Claimed Jumlah yang di klaim

Dilengkapi dengan surat keterangan dari Polisi untuk pencurian / Attach police report for losses involving theft

SECTION G

FLIGHT INCONVENIENCE / KETIDAKNYAMANAN PENERBANGAN

1. **Flight Travel Accident** / Kecelakaan Pesawat

Schedule Departure (city/country) : **Date** : **Hour** :

Keberangkatan (kota/negara)

Tanggal

Jam

Estimate of arrival (city/country) : **Date** : **Hour** :

Perkiraan tiba (kota/negara)

Tanggal

Jam

Details of accident / Keterangan kecelakaan

.....



insured.™

2. Flight Delay / Keterlambatan Pesawat

Schedule Departure (city/country) : **Date :** **Hour :**
Jadwal keberangkatan awal (kota/negara) Tanggal Jam

Actual Departure (city/country) : **Date :** **Hour :**
Jadwal keberangkatan baru (kota/negara) Tanggal Jam

Reason for delay / Keterangan keterlambatan pesawat

.....

.....

3. Luggage Delay / Loss / Keterlambatan/kehilangan Bagasi

Total Number of checked-in luggage : **Describe type of contents :**
Keterangan isi bagasi

Carrier/bag tag number (1)

Carrier/bag tag number (2)

Carrier/bag tag number (3)

Luggage found at : date time

Forwarding instruction

**SECTION H
METHODE OF CLAIM PAYMENT / CARA PEMBAYARAN KLAIM**

Policy Holder's Name :
Nama Pemegang Polis

Policy No. :
No. Polis

Bank Transfer Information / Informasi Bank :

Name of Bank-Branch / Nama Bank-Cabang :

Account No / No. Rekening :

Care of / Atas Nama :

Name & Signature of Policy Holder
Nama & Tanda Tangan Pemegang Polis

.....



insured.™