

Formulir Klaim Asuransi Perjalanan

Travel Insurance Claim Form



Petunjuk Pengajuan Klaim / Claim Submission Guidelines

- i. Formulir ini harus diisi dengan benar, lengkap dan jelas. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi.
This form shall be filled in correctly, completely and clearly. Claim can only be processed if all supporting documents have been completed.
- ii. Semua dokumen pendukung asli harap dilampirkan.
All original documents shall be attached.
- iii. Kirimkan kembali formulir bersama: kronologi kejadian, foto copy KTP, tiket perjalanan, boarding pass, paspor jika perjalanan ke luar negeri, dan dokumen perjalanan lainnya.
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.
- iv. 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.
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.

Data Pengajuan Klaim

Claimant Information

1. Nama Tertanggung :
Name of Insured
Usia: Jenis kelamin:
Age Sex
2. Alamat :
Address
3. Kode Pos :
Postal Code
4. Nomor Telepon : Rumah: Kantor:
Phone Number Home Office
Seluler:
Mobile
5. Email :
Email
6. Nomor Polis :
Policy Number
Periode: Untuk: hari/bulan
Period For days/months
7. Hubungan Dengan Tertanggung:
Relationship With Insured

Pembatalan dan Pengurangan

Cancellation and Curtailment

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

.....
.....

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

.....
.....
.....

Klaim Kecelakaan Diri atau Sakit
Accident or Sickness Claim

1. Jenis kecelakaan atau sakit :
Nature & extent of injury or sickness :
.....
2. Tanggal konsultasi pertama dengan Dokter :
Date of first consultation with your Doctor
3. Tanggal anda berada di Rumah Sakit :
Date you were in Hospital
4. Periode konsultasi atau perawatan di Rumah Sakit :
Period of consultation or hospitalization
Tanggal masuk : Tanggal keluar :
Admission date Discharge date
5. Nama dan alamat lengkap Dokter : Telepon :
Doctor's name and complete address Telephone
.....
.....
6. Nama dan alamat lengkap Rumah Sakit : Telepon :
Hospital's name and complete address Telephone
.....
.....
7. Sebutkan jumlah yang telah Anda bayar kepada Dokter atau Rumah Sakit (mohon lampirkan bukti pembayaran asli)
Describe amount paid to a Doctor or a Hospital (please enclosed the original bills)
.....
.....

Pernyataan/Surat Kuasa
Declaration/Authorization

Saya/Kami menyatakan bahwa seluruh informasi tersebut diatas diberikan dengan sebenar-benarnya dan Saya/Kami tidak menahan/menyembunyikan informasi yang mempengaruhi PT Chubb General Insurance Indonesia dalam pertimbangan klaim. Saya/Kami mengerti klaim ini dapat ditolak atau dikurangi jika informasi yang diberikan tidak benar.
I/We declare that the information given in the above are true and complete in every detail and I/We do not withhold any information likely to affect PT Chubb General Insurance Indonesia's consideration of the claim. I/We understand the claim may be refused or reduced if the given information is incorrect.

Saya/Kami mengerti dan menyetujui bahwa PT Chubb General Insurance Indonesia mengumpulkan dan menyimpan data pribadi Saya/Kami untuk menyediakan, mengelola, mengembangkan dan menawarkan berbagai produk dan jasa asuransi kepada Saya/Kami. Untuk mencapai hal tersebut, PT Chubb General Insurance Indonesia dapat mengungkapkan data pribadi Saya/Kami kepada pihak ketiga yang layak baik di dalam maupun di luar wilayah Republik Indonesia, termasuk para penyedia jasa dan perusahaan lain dalam kelompok usaha PT Chubb General Insurance Indonesia. Saya/Kami setuju bahwa PT Chubb General Insurance Indonesia dapat menyimpan, menggunakan dan mengungkapkan data pribadi Saya/Kami dengan cara yang demikian.
I/We understand and agree that PT Chubb General Insurance Indonesia collect and record My/Our personal data to provide, manage, develop and offer various insurance product and service to Me/Us. To achieve this, PT Chubb General Insurance Indonesia may disclose My/Our personal data to appropriate third parties in or outside the Republic of Indonesia, including service providers and other companies within PT Chubb General Insurance Indonesia's group of business. I/We hereby consent to PT Chubb General Insurance Indonesia recording, using and disclosing My/Our personal data in this way.

Dengan ini Saya/Kami memberi kuasa, kepada setiap Dokter, Rumah Sakit/Klinik, Perusahaan dan Organisasi lain, Institusi ataupun perorangan yang mengetahui keadaan atau kesehatan Saya/Kami untuk mengungkap setiap dan semua informasi kepada PT Chubb General Insurance Indonesia atau mereka yang mewakilinya, dan Saya/Kami memberikan kuasa kepada PT Chubb General Insurance Indonesia untuk memperoleh setiap dan semua informasi berhubungan dengan hal tersebut.
I/We hereby authorize 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/Our condition to PT Chubb General Insurance Indonesia or their Authorised Representative and I/We hereby authorize PT Chubb General Insurance Indonesia to obtain such knowledge and information with that regards.

Nama & tanda tangan Pemegang Polis/ Name & signature of Policy Holder	Tanggal / Date

Surat Keterangan Dokter
Attending Physician's Statement

1. Uraikan secara singkat kondisi penyakit/luka badan sehingga perlu menjalani perawatan medis
Please state briefly the circumstances necessitating medical treatment
.....
.....
2. a. Tanggal pertama kali gejala sakit/cedera dirasakan :.....Tgl/Bln/Thn
Nature and origin of symptoms first occurred DD/MM/YY
b. Keluhan yang dirasakan/Jenis cedera :.....
Symptoms/nature of injury
3. Diagnosa penyakit atau cedera :.....
Diagnosis of illness or injury
4. Jika dilakukan tindakan operasi, mohon jelaskan tanggal dan jenis operasi yang dilakukan:
If surgery performed, please state date of surgery and type or surgery
.....
.....
5. Apakah pasien pernah memiliki penyakit lain yang mempengaruhi kondisi sekarang?
Has patient had any disease or infirmity affecting present condition
Jika Ya, mohon jelaskan:
If Yes, please state
.....
.....
6. Jika menjalani rawat inap, mohon berikan nama dan alamat Rumah Sakit
If patient was hospitalized, give name and address of hospital
Rumah Sakit / Hospital :.....
Alamat lengkap / Complete address :.....
Tanggal masuk:.....Tgl/Bln/Thn Tanggal keluar:.....Tgl/Bln/Thn
Date admitted DD/MM/YY Date discharged DD/MM/YY

Demikian saya menyatakan bahwa seluruh jawaban-jawaban diatas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan saya.
I declare that the above information is true and complete to the best of my knowledge and belief.

Nama dan tanda tangan Dokter / Name and signature of Attending Physician	Stempel Dokter/Rumah Sakit / Att. Physician/Hosp. Stamp	Keahlian / Specialist

Klaim Kehilangan Barang*Baggage Claim*

Barang yang Hilang/Rusak / <i>Article Stolen or Damaged</i>	Tanggal Pembelian / <i>Date Purchased</i>	Harga / <i>Amount</i>	Jumlah yang di Klaim / <i>Amount Claimed</i>

Dilengkapi dengan surat keterangan dari polisi untuk pencurian.

Attach police report for losses involving theft.

Ketidaknyamanan Penerbangan*Flight Inconvenience*

1. Kecelakaan pesawat

Flight travel accident

Keberangkatan (kota/negara)
Schedule departure (city/country)

Tanggal
Date

Jam
Hour

Perkiraan tiba (kota/negara)
Estimate of arrival (city/country)

Tanggal
Date

Jam
Hour

Keterangan kecelakaan
Details of accident

2. Keterlambatan pesawat

Flight delay

Jadwal keberangkatan awal (kota/negara)
Schedule departure (city/country)

Tanggal
Date

Jam
Hour

Jadwal keberangkatan baru (kota/negara)
Actual departure (city/country)

Tanggal
Date

Jam
Hour

Keterangan keterlambatan pesawat
Reason for delay

3. Keterlambatan/kehilangan bagasi

Luggage delay/loss

Keterangan isi bagasi
Describe type of contents

Jumlah bagasi yang didaftarkan
Total number of checked-in luggage

Nomor bagasi/bawaan (1)
Carrier/bag tag number (1)

Nomor bagasi/bawaan (2)
Carrier/bag tag number (2)

Nomor bagasi/bawaan (3)
Carrier/bag tag number (3)

Bagasi ditemukan pada
Luggage found at

Tanggal
Date

Jam
Hour

Lain-lain*Other*

Cara Pembayaran Klaim

Method of Claim Payment

Nama Pemegang Polis :
Policy Holder's Name

Nomor Polis :
Policy Number

Informasi Bank

Bank Transfer Information

Nama Bank-Cabang :
Name of Bank-Branch

Nomor Rekening :
Account Number

Atas Nama :
In the Name of

Nama & tanda tangan Pemegang Polis / <i>Name & signature of Policy Holder</i>	Tanggal / <i>Date</i>

Chubb. Insured.SM