

FORMULIR LAPORAN KERUGIAN  
ASURANSI JASTAN TRIP

A. DATA TERTANGGUNG

- 1) Nama Lengkap

:
- 2) No. Polis

:
- 3) Tempat dan Tanggal Lahir

:

Jenis Kelamin : ☐ Laki-Laki ☐ Perempuan
- 4) Alamat Domisili Saat ini

:

Kota:

RT / RW :

Kode Pos :
- 5) No Telepon / HP

:
- 6) Email

:
- 7) Kewarganegaraan

:

☐ WNI

No KTP / SIM (\*) :

☐ WNA

No KITAS :
- 8) Transport yang Digunakan

:
- 9) Paket Asuransi

:
- 10) Rute Perjalanan

:

Tanggal	Kota Asal	Kota Tujuan	Nomor Penerbangan (Khusus Penggunaan Pesawat Terbang)	Nomor Tiket (Khusus Penggunaan Kendaraan Umum)

B. DETAIL PELAPOR KLAIM (tidak perlu mengisi bagian ini apabil pelapor klaim adalah Tertanggung)

No	Nama	Hubungan dengan Tertanggung	Alamat/No. Telepon

C. DEKSRIPSI KERUGIAN

- 1) Jenis Kerugian

:
- 2) Kronologi Kejadian

:

D. DETAIL KLAIM KERUGIAN

(Isi hanya pada bagian klaim terkait)

BIAYA RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT

- 1) Jenis Kecelakaan

:
- 2) Tanggal Konsultasi pertama dengan dokter

:
- 3) Tanggal Tertanggung berada di Rumah Sakit

:
- 4) Periode Konsultasi atau perawatan di rumah sakit

:

Tanggal Masuk:

Tanggal keluar:
- 5) Nama Dokter

:
- 6) Nama & Alamat lengkap Rumah Sakit

:
- 7) Jumlah yang di bayar kepada Rumah sakit (melampirkan bukti pembayaran asli

:

BIAYA REPATRIASI JENAZAH

Pembayaran repatriasi jenazah (melampirkan bukti pembayaran asli) :

BIAYA PENGGUNAAN AMBULANS

Pembayaran penggantian Ambulans (melampirkan bukti pembayaran asli):

**KEHILANGAN BARANG**

Deskripsi Barang	Harga terkini (Rp)	Jumlah Barang yang diklaim

**KETERLAMBATAN PERJALANAN**

Keterangan	Jadwal Keberangkatan Awal	Jadwal Keberangkatan Baru	Keterangan Keterlambatan Perjalanan
Tanggal			
Jam			

**E. INFORMASI BANK**

Nama Bank - Cabang : .....  
No. Rekening : .....  
Atas Nama : .....

Yang bertandatangan di bawah ini:

Saya/Kami menyatakan bahwa sepengetahuan saya/kami semua keterangan yang saya/kami berikan dalam formulir klaim ini dan semua lampirannya adalah benar dan sejujurnya. Selanjutnya saya/kami setuju bahwa 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 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.

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 / Tertanggung untuk memberitahukan kepada PT Asuransi Jasa Tania, Tbk atau wakilnya yang berwenang.

Saya/Kami mengizinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi tentang saya/kami yang tersedia, diperoleh, atau disimpan oleh Penanggung, kepada pihak – pihak lain yang memiliki hubungan kerja sama dengan penanggung dalam kaitan dengan klaim saya/kami.

Fotokopi dari surat kuasa ini dianggap sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama dengan aslinya.

**Tempat / Tanggal:** .....

**Tanda tangan yang mengajukan klaim**                      **Tanda tangan tertanggung**

.....