

# TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM

FORMULIR KLAIM ASURANSI PERJALANAN

Insured Data /Data Tertanggung				
Name /Nama	:			
Date of Birth /Tanggal lahir (dd/mm/yyyy)	:			
Sex /Jenis kelamin	:	1. Male /Pria	2. Female /Wanita	
ID No. /No. KTP	:			
Address /Alamat	:			
Mobile phone/Phone no. /No. HP/Telepon	:			
Email address /Alamat email	:			
Occupation / Pekerjaan	:			
Policy/Cerificate No. /No. Polis/Sertifikat	:			
Periode of Policy /Masa berlaku polis	:			
Do you have any other insurance which cover the same loss?/ Apakah ada				
polis asuransi lain yang menjamin resiko kerugian yang sama (lingkari yang	:	1. Yes / Ya	2. No / Tidak	
sesuai)				
If yes, please advise the name of insurance/ Jika ya, mohon sebutkan nama				
asuransinya	•			
Claimant Data /Data Pengaju Klaim (if Claiman	t is r	ot the Insured /jika Po	engaju Klaim bukan Tertanggung)	
Name /Nama	:			
Sex /Jenis kelamin	:	1. Male /Pria	2. Female /Wanita	
Address /Alamat	:			
Mobile phone/Phone no. /No. HP/Telepon	:			
Relation with the Insured /Hubungan dengan Tertanggung	:			

	Kerugian yang Terjadi		
Loss Type /Jenis Kerugian yang terjadi (choose the appropriate benefit claimed / pilih benefit yang akan di klaim)			
Bagian A – Pembatalan dan Perubahan Perjalanan (sebelum keberangkatan)/ Trip Cancellation and Alteration (pre-departure)	Bagian G2 - Penundaan Bagasi/ Baggage Delay		
Bagian B – Biaya Medis dan Biaya Terkait Medis di Luar Negeri/ Overseas Medical and Associated Expenses	Bagian G3 - Penyalahgunaan Kartu Kredit/ Fraudulent Use of Credit Card		
Bagian C – Pemulangan Jenazah atau Biaya Pemakaman di Luar Negeri/ <i>Repatriation</i> of Mortal Remains or Funeral Expenses Overseas	Bagian G4 - Kehilangan Dokumen Perjalanan/ Loss of Travel Documentation		
Bagian D – Kepulangan Lebih Awal/ <i>Early Return Home</i>	Bagian G5 - Pencurian Uang Pribadi/ Theft of Personal Money		
Bagian E – Gangguan Perjalanan dan Kehilangan Transportasi Lanjutan/ <i>Trip</i> nterruption and Missed Connection	Bagian H – Jaminan Kecelakaan Diri/ Personal Accident Cover		
Bagian F – Penundaan Perjalanan/ <i>Travel Delay</i>	Bagian I – Tanggungjawab Pribadi/ Personal Liability		
Bagian G1- Kehilangan Barang-barang Bagasi Pribadi/ Loss of Personal Baggage Items	Bagian J – Biaya Risiko Sendiri Atas Kendaraan yang Disewa dan Biaya Pengembalian Kendaraan yang Disewa/ <i>Car Rental Excess Charges and Car Rental Return Charges</i>		
and the second state in the second se	:		
Amount has been paid by you /Jumlah yang telah anda bayar	:		
Amount has been recoverable by other parties /Jumlah yang telah dibayarkan/dikembalikan oleh pihak lain	:		
Amount claimed /Jumlah yang diklaim	:		
	:		
Date of loss /Tanggal kejadian	•		
Place of loss /Tanggal kejadian	:		
Date of loss /Tanggal kejadian Place of loss /Tempat kejadian	:		
Date of loss /Tanggal kejadian Place of loss /Tempat kejadian Time of loss /Waktu kejadian	:		
Place of loss /Tanggal kejadian Place of loss /Tempat kejadian Fime of loss /Waktu kejadian *(for/untuk Bagian F dan G2)	:		
Place of loss /Tanggal kejadian Place of loss /Tempat kejadian Fime of loss /Waktu kejadian *(for/untuk Bagian F dan G2) Scheduled flight/ Jadwal perjalanan yang dijadwalkan	: : : New Flight/ Jadwal pengganti		
Place of loss /Tanggal kejadian Place of loss /Tempat kejadian Fime of loss /Waktu kejadian *(for/untuk Bagian F dan G2) Scheduled flight/ Jadwal perjalanan yang dijadwalkan Date /Tanggal :	: : : : : : : : : : : : : : : : : : :		



# TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM

FORMULIR KLAIM ASURANSI PERJALANAN

, onweath RE	THE THE TENT OF TH	•			
Circumstances /Uraian singkat tentang kejadian dan penyebabnya	:				
*(for/untuk Bagian G2) Baggage received information from Insured/ Infor	masi bagasi diterima oleh tertan	ggung			
Date /Tanggal :	Flight No. /No. Penerbangan :				
Time /Waktu:	Name of airline(s) /Nama Maskapai :				
*(for/untuk bagian G1) List of damage or loss property /Daftar barang ya	ng rusak atau hilang				
Item Description/Nama Barang Purchase Date/Tanggal Pembelian	Original price /Harga Sebenarnya	Amount Claimed/Harga yang diklam			
1 1 1	1				
2 2 2	2				
3 3 3	3				

3 3	;	3
Attending Physician's Statement / Pernyataan Do	kter (for all me	edical claim /untuk semua klaim medis)
Name of Patient/Nama Pasien	:	
Date of visit /Tanggal kedatangan	:	
Date of the accident or first symptom occured /Tanggal kejadian kecelakaan atau penyakit timbul	:	
Diagnose / <i>Diagnosa</i>	:	
On what date the patient become aware of their symptoms /Kapan pasien pertama kali menyadari gejala penyakitnya?	:	
Medicine /Obat-obatan yang diberikan	:	
Treatment /Tindakan atau perawatan medis yang diberikan	:	
Has the patient previously been investigated, diagnosed or treated in respect for same/similar/related illness/injury? /Apakah pasien sebelumnya telah didiagnosis atau dirawat untuk penyakit/cedera yang sama?	: Yes /Ya*	No /Tidak
*If yes, according to you and/or patient history please state since when the patient suffering the above diagnose? (example, $\pm 1$ year ago, 6months ago, etc) /Jika ya, menurut Dokter/penjelasan pasien sejak kapan pasien tersebut menderita diagnosa di atas? (misal, $\pm 1$ tahun yang lalu, 6 bulan yang lalu, dll)	:	
Describe any other disease or infirmity affecting present condition /Jelaskan komplikasi atau penyakit lain yang dapat mempengaruhi kondisi sekarang	:	
Did the patient make travel arrangements againts your/other medical professional advice? /Apakah pasien telah melanggar nasihat dokter dalam melakukan perjalanannya?	: Yes /Ya *	No /Tidak
What do you understand to be the illness/injury which resulted in the need to seek medical care/interrupt the patient's travel plans /Apa yang anda ketahui dari penyakit/cedera yang diderita pasien sehingga pasien membutuhkan perawatan medis yang dapat mengganggu rencana perjalanannya?	:	
Is there any permanent disablement of the patient? /Apakah ada cacat tetap yang diderita oleh pasien?	: Yes /Ya *	No /Tidak
*If yes, please mention in which part of body? /Jika ya, mohon sebutkan pada bagian tubuh manakah itu?	:	
Name and address of the Physician /Nama dan alamat Dokter		Date and Signature /Tanggal dan Tanda tangan
Name /Nama:	Date /Tanggal:	-
Address /Alamat:		Tanda tangan dan cap:
Personal Liability Claim/ Klaim <i>Tanggung Ja</i>	wab Terhadap	Pihak Ketiga (for/untuk Bagian I)
Name of third party /Nama pihak ketiga  Address & Phone No. of third party /Alamat & No.HP/Telepon pihak ketiga	:	
Amount Claimed /Jumlah yang diklaim	:	
Type of property damage or injury /Jenis barang yang rusak atau cedera	:	



### TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM

### FORMULIR KLAIM ASURANSI PERJALANAN

I, the undersigned, declare that the above information and all its attachment are full true and correct to the best of my knowledge. I further agree that if I 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 rights to reciver thereunder in respect of past or future claim shall be forfeited. And I hereby authorize any hospital, physician or other person, who has attend or examined me, to furnish PT. Asuransi Allianz Utama Indonesia or its authorized representatives, any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescription or treatment copies of all hospital or medical records. A photostatics copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

Saya, yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan dengan seluruh pengetahuan saya bahwasanya keterangan yang tersebut di atas dan semua lampirannya adalah sebenar-benarnya. Selanjutnya saya setuju bahwa jika saya membuat atau dalam pernyataan selanjutnya sehubungan dengan klaim tersebut terdapat unsur pemalsuan atau penipuan atau mendiamkan, menyembunyikan atau memberikan pernyataan yang salah mengenai fakta dengan cara apapun, maka polis tersebut menjadi batal dan semua hak untuk mendapatkan ganti rugi berdasarkan polis ini untuk klaim yang lalu ataupun yang akan datang akan hilang. Dan dengan ini saya memberikan kuasa pada rumah sakit, dokter atau orang yang merawat dan memeriksa saya untuk melengkapi informasi kepada PT. Asuransi Allianz Utama Indonesia atau wakilnya yang berwenang, semua keterangan sehubungan dengan penyakit atau cedera, riwayat pengobatan, konsultasi, pemberian resep atau perawatan dan turunan dari semua catatan medis atau salinan rumah sakit. Fotokopi dari surat kuasa ini dianggap sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama dengan aslinya.

Any communication and correspondence between Allianz and I in connection with the Policy, services of Allianz and other information (including but not limited to additional terms and conditions, endorsements, addendums, amendments, notification, reports, data updates, campaign made by Allianz and/or its affiliates and other transactions carried out by Allianz or myself) shall be made through electronic/digital communication media (including but not limited to email, telephone and other electronic/digital communication media to be used by Allianz) from time to time in accordance with the prevailing procedures.

Setiap komunikasi dan korespondensi antara Saya dengan Allianz sehubungan dengan Polis, layanan dari Allianz, dan informasi lainnya (termasuk tidak terbatas mengenai syarat-syarat tambahan, endorsemen, addendum, perubahan, pemberitahuan, laporan, pengkinian data, kampanye yang dilakukan oleh Allianz dan/atau afiliasinya, dokumen-dokumen dan transaksi-transaksi lainnya baik dari Saya maupun Allianz) akan dilakukan melalui media komunikasi digital/elektronik (termasuk tidak terbatas melalui email, telepon, dan media komunikasi digital/elektronik lainnya yang akan digunakan oleh Allianz), dari waktu ke waktu sesuai dengan prosedur yang berlaku.

#### Data Privacy

By signing this claim form, I consented that my personal data will be used by PT Asuransi Allianz Utama Indonesia ("Allianz"), its affiliates, and/or appointed third parties to facilitate my claim process. Please visit Allianz website at http://www.allianz.co.id/data-privasi/prinsip-privasi to view Allianz Privacy Statement.

Dengan menandatangani formulir klaim ini, saya menyetujui data pribadi saya akan digunakan oleh PT Asuransi Allianz Utama Indonesia ("Allianz") maupun afiliasinya dan/atau pihak ketiga yang ditunjuk untuk memfasilitasi proses klaim saya. Silahkan kunjungi website Allianz di http://www.allianz.co.id/data-privasi/prinsip-privasi untuk melihat Pernyataan Privasi Allianz.

Place and Date / Tempat dan Tanggal:	Signature /Tanda tangan:
Name of the Insured (Claimant) /Nama Tertanggung (Pengaju Klaim) :	