

Formulir Klaim Asuransi Perjalanan

Travel Insurance Claim Form

Compulsory documents required
Dokumen - dokumen wajib yang diperlukan

Copy of Ticket / E-Ticket, Original Boarding Pass, First Cover Passport, Copy of Passport on page where the incident occurred, Letter from employer / company regarding the nature of trip (if claiming under a corporate travel policy)
Fotokopi Tiket / E-Tiket, Boarding Pass Asli, Fotokopi Halaman Depan Passport, Fotokopi Passport pada halaman dimana risiko terjadi, Surat keterangan dari perusahaan mengenai perjalanan (jika mengajukan klaim dengan polis perjalanan perusahaan).

We reserve the right to request any additional information / documentation, as necessary. The submission of an incomplete form or insufficient information or supporting documents may delay the processing or result in the denial of your claim.
Kami berhak meminta informasi / dokumen tambahan (bila diperlukan). Ketidaklengkapan dan kurangnya informasi atau dokumen pendukung pada saat penyerahan formulir klaim ini dapat mengakibatkan keterlambatan dan penolakan dari pengajuan klaim Anda.

The completed form should be returned to us together with all supporting documents as soon as possible to the following address:
Formulir ini harus dilengkapi dengan dokumen-dokumen pendukung sesegera mungkin ke alamat :

Claims Department
PT MNC Asuransi Indonesia
MNC Financial Center 11st Floor
Jl. Kebon Sirih No. 21 - 27, Jakarta 10340, Indonesia

62 21 2970 1234 Telephone 62 21 392 2952 / 60 Facsimile

www.mnc-insurance.com

Policy No. Polis No.											
INSURED Tertanggung	<u>NAME</u> : Nama	<u>AGE</u> : Umur	<u>SEX</u> : L/P	<u>ADDRESS</u> : Alamat	<u>TELEPHONE</u> : Telepon						
	<u>OCCUPATION</u> : Pekerjaan	<u>NAMA & ADDRESS OF COMPANY</u> : Nama dan Alamat Perusahaan			<u>TELEPHONE</u> : Telepon						
CLAIMANT Pengaju Klaim	<u>NAME</u> : Nama	<u>CLAIMANT (Not necessary if Claimant is the same as Insured)</u> : Pengaju Klaim (Tidak perlu jika Pengaju Klaim sama dengan Tertanggung)									
		<u>AGE</u> : Umur	<u>SEX</u> : L/P	<u>RELATIONSHIP WITH INSURED</u> : Hubungan dengan Tertanggung							
<u>PLACE WHERE INCIDENT, LOSS OR ILLNESS OCCURRED</u> Tempat kejadian, dimana Kehilangan atau Sakit terjadi			<u>DATE & TIME OF INCIDENT</u> Tanggal & Waktu kejadian								
<u>DESCRIPTION OF INCIDENT, LOSS OR ILLNESS</u> Detail Kejadian, Kehilangan atau Sakit			<u>ARE THERE ANY OTHER POLICIES OF INSURANCE COVERING YOU IN RESPECT OF THIS INCIDENT?</u> Apakah Anda memiliki Polis Asuransi yang melindungi Anda dari kejadian ini? <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="text-align:center;"><u>YES</u></td> <td style="text-align:center;"><u>PLEASE SPECIFY</u></td> <td style="text-align:center;"><u>NO</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">Ya</td> <td style="text-align:center;">Mohon sebutkan</td> <td style="text-align:center;">Tidak</td> </tr> </table>			<u>YES</u>	<u>PLEASE SPECIFY</u>	<u>NO</u>	Ya	Mohon sebutkan	Tidak
<u>YES</u>	<u>PLEASE SPECIFY</u>	<u>NO</u>									
Ya	Mohon sebutkan	Tidak									

A		PERSONAL ACCIDENT / ILLNESS - MEDICAL AND ADDITIONAL EXPENSES SANTUNAN KECELAKAAN DIRI / SAKIT - MEDIS DAN BIAYA LAINNYA							
Documents required : Please attach original medical reports from doctor or hospital, medical receipts with details of medications, copy of doctor prescription, hospital discharge summary, if it is accidental dental expenses provide details of incident. Dokumen yang diperlukan : Surat keterangan dokter atau rumah sakit, tanda pembayaran resmi dengan detail jenis pengobatan dan perawatan, salinan resep dokter, surat ijin keluar dari rumah sakit, apabila cedera gigi, lampirkan kronologis kejadian.									
<u>NATURE & CONDITION OF INJURY OR SICKNESS</u> : Sifat & kondisi Cedera atau Sakit :		<u>GIVE NAME & ADDRESS OF YOUR USUAL ATTENDING PHYSICIAN</u> : Nama & Alamat Dokter Pribadi :							
<u>HAVE YOU HAD ANY PRIOR TREATMENT FOR THIS CONDITION</u> : Pernah Mendapatkan Perawatan Sebelumnya Untuk Kondisi Ini : <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="text-align:center;">Yes</td> <td style="text-align:center;">When</td> <td style="text-align:center;">No</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">Ya</td> <td style="text-align:center;">Kapan</td> <td style="text-align:center;">Tidak</td> </tr> </table>		Yes	When	No	Ya	Kapan	Tidak	<u>HOSPITAL OR DOCTOR FEE</u> : Biaya Rumah Sakit atau Dokter :	
Yes	When	No							
Ya	Kapan	Tidak							
		<u>MEDICINE</u> : Obat - obatan :							
<u>NAME & ADDRESS OF HOSPITAL DOCTOR</u> : Nama & Alamat Rumah Sakit atau Dokter :		<u>OTHERS (SPECIFY)</u> : Lain - lain :							
		<u>TOTAL</u> : Jumlah :							
THIS SECTION BELOW TO BE COMPLETED BY ATTENDING PHYSICIAN ONLY Untuk dilengkapi oleh Dokter									
<u>DIAGNOSIS</u> Diagnosa		<u>WHEN PATIENT'S SYMPTOM FIRST APPEARED ?</u> Kapan gejala pertama diketahui ?							
<u>WHEN PATIENT'S FIRST CONSULTATED YOU FOR THIS CONDITION ?</u> Kapan pasien konsultasi pertama kali pada Anda ?			<u>DATE</u> : Tanggal :						
<u>DESCRIBE ANY OTHER DISEASE OR INFIRMITY AFFECTING PRESENT CONDITION</u> : Jelaskan komplikasi atau penyakit lain yang mempengaruhi kondisi sekarang :			<u>SIGN & STAMP</u> : Tanda Tangan & Cap :						

B
TRAVEL CANCELLATION / CURTAILMENT / POSTPONEMENT / MISCONNECTION / INTERRUPTION
PEMBATALAN / PENGURANGAN / PENUNDAAN / KETINGGALAN / GANGGUAN PERJALANAN

Documents required : Please attach documents from common carrier or travel agent indicating the reason for travel cancellation / curtailment / postponement / misconnection / interruption. Original receipt(s) showing any pre-paid costs or deposits made OR additional travel and/or accommodation expenses incurred after the commencement of the insured journey. Original documentation confirming on trip cancellation non-refundable/refunded amount. Copy of the original itinerary and any relevant documents to support your claim.

Dokumen yang diperlukan : Surat keterangan dari perusahaan pengangkut atau agen perjalanan beserta alasan untuk pembatalan / pengurangan / penundaan / ketinggalan / gangguan perjalanan. Tanda pembayaran asli yang menunjukkan pembayaran atau deposit atau penambahan perjalanan atau biaya lainnya yang dibayarkan. Dokumen asli yang menunjukkan hangus atau tidaknya pembayaran yang telah dilakukan. Fotokopi jadwal perjalanan. Dan dokumen - dokumen yang mendukung pengajuan klaim.

WHEN & WHERE WAS THE TRIP BOOKED ?
Kapan & Dimana perjalanan dipesan ?

DATE OF INCIDENT :
Tanggal kejadian :

(INTENDED) DEPARTURE DATE :
(Rencana) Tanggal Keberangkatan :

AMOUNT PAID IN ADVANCE :
Jumlah pembayaran sebelumnya :

WHY WAS TRIP CANCELLED / CURTAILED / POSTPONED / MISCONNECTED / INTERRUPTED?
Mengapa keberangkatan dibatalkan / dikurangi / ditunda / ditinggal / terganggu ?

AMOUNT RECOVERABLE :
Jumlah uang yang dapat dikembalikan :

AMOUNT CLAIMED :
Jumlah uang yang diklaim :

C
TRAVEL / FLIGHT DELAY & BAGGAGE DELAY
Penundaan Perjalanan & Keterlambatan Bagasi

Documents required : Documentation indicating the reason(s) for and number of hours of delay from common carrier or travel agent, new boarding pass for the new schedule, PIR (Property Irregularity Form) from common carrier, baggage tag.

Dokumen yang diperlukan : Dokumen yang menunjukkan alasan dan durasi dari penundaan perjalanan dari perusahaan pengangkut atau agen perjalanan, bukti asli Boarding Pass untuk jadwal yang baru, formulir PIR yang diberikan dari perusahaan penerbangan, bukti asli tanda terima bagasi.

Name of Carrier :
Nama perusahaan pengangkut :

SCHEDULE ARRIVAL PLACE, DATE & TIME :
Jadwal kedatangan Tempat, Tanggal & Waktu :

Carrier detail (e.g. Flight Number) :
Detail Pengangkut (contoh: Nomor Penerbangan) :

ACTUAL ARRIVAL PLACE, DATE & TIME :
Tempat, Tanggal dan Waktu tiba sebenarnya :

D
BAGGAGE & PERSONAL EFFECTS
Bagasi dan Barang - barang Pribadi

Documents required : Original loss/damage reports issued by the relevant authorities or organizations (e.g. police, airline, hotel, etc.), photos showing the extent of damage to the property, original receipts for additional hotel accommodation and travel expenses, compensation breakdown from other insurers/parties (e.g. airlines), and any relevant documents to support your claim.

Dokumen yang diperlukan : Bukti laporan yang diterbitkan oleh pejabat atau organisasi yang bersangkutan (contoh : polisi, perusahaan penerbangan, hotel, dll), foto yang menunjukkan kerusakan, bukti penggantian passport, tiket perjalanan, dan dokumen lainnya, bukti kompensasi dari pihak lainnya (contoh : perusahaan penerbangan) dan dokumen - dokumen yang mendukung pengajuan klaim.

DATE OF LOSS or DAMAGED :
Tanggal kejadian kehilangan atau kerusakan :

Item(s) Lost or Damaged :
Barang yang hilang atau rusak :

DESCRIPTION OF THE LOSS or DAMAGED OCCURRED :
Kronologi kejadian kehilangan atau kerusakan :

Date of Purchased :
Tanggal Pembelian :

Place of Purchase :
Tempat Pembelian :

DETAILS OF LOST or DAMAGED ITEMS :
Detail dari barang yang hilang atau rusak :

Purchase Value (please attach original purchase receipt) :
Harga Pembelian (mohon diserahkan bukti pembelian yang asli) :

E
OTHERS
Lain - lain

In respect of any other claim which does not fall within the sections stated above, please provide details of the claim you are submitting. Untuk pengajuan klaim lainnya yang tidak terdapat pada formulir klaim di atas, mohon untuk mencantumkan detail dari klaim yang akan Anda ajukan.

I DECLARED THAT ALL FOREGOING INFORMATION GIVEN BY ME IN THIS FORM AND ALL ITS ATTACHMENTS ARE 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, THIS POLICY SHALL BE VOID, AND ALL RIGHTS TO RECOVER THEREUNDER IN RESPECT OF PAST OR FUTURE CLAIMS SHALL BE FORFEITED.

I HEREBY AUTHORIZE ANY HOSPITAL, PHYSICIAN, OR OTHER PERSON WHO HAS ATTENDED OR EXAMINED ME, TO FURNISH TO PT MNC ASURANSI INDONESIA, OR ITS AUTHORIZED REPRESENTATIVES, ANY AND ALL INFORMATION WITH RESPECT TO ANY ILLNESS OR INJURY, MEDICAL HISTORY, CONSULTATION, PRESCRIPTIONS OR TREATMENT AND COPIES OF ALL HOSPITAL MEDICAL RECORDS. A PHOTOSTATICS COPY OF THIS AUTHORIZATION SHALL BE CONSIDERED AS EFFECTIVE AS THE ORIGINAL.

Saya menyatakan bahwa sepengetahuan saya keterangan yang saya berikan dalam formulir ini dan semua lampiran-lampirannya adalah benar dan sejujurnya. Selanjutnya saya setuju jika saya membuat atau dalam pernyataan selanjutnya sehubungan dengan klaim tersebut terdapat unsur pemalsuan atau penipuan atau mendiamkan, menyembunyikan atau memberi pernyataan salah mengenai fakta material 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 memberi kuasa pada rumah sakit, dokter, atau orang yang merawat dan memeriksa saya untuk melengkapinya kepada PT MNC Asuransi Indonesia atau wakilnya yang berwenang semua keterangan sehubungan dengan penyakit atau cedera, riwayat pengobatan, konsultasi, pemberian resep atau perawatan dan turunan dari semua catatan/rekord rumah sakit, photo copy dari surat kuasa ini dianggap sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama dengan aslinya.

DATE :
Tanggal

DATE :
Tanggal

Signature of Claimant :
Tanda Tangan yang mengajukan Klaim :

Signature of Insured :
Tanda Tangan Tertanggung :