

## 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/Certificate 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 sesuai)	: 1. Yes / Ya      2. No / Tidak		
If yes, please advise the name of insurance/ Jika ya, mohon sebutkan nama asuransinya	:		
Claimant Data /Data Pengaju Klaim (if Claimant is not the Insured /jika Pengaju 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	:		
Loss Data /Data 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 B – Biaya Medis dan Biaya Terkait Medis di Luar Negeri/ Overseas Medical and Associated Expenses Bagian C – Pemulangan Jenazah atau Biaya Pemakaman di Luar Negeri/ Repatriation of Mortal Remains or Funeral Expenses Overseas Bagian D – Kepulangan Lebih Awal/ Early Return Home Bagian E – Gangguan Perjalanan dan Kehilangan Transportasi Lanjutan/ Trip Interruption and Missed Connection Bagian F – Penundaan Perjalanan/ Travel Delay Bagian G1- Kehilangan Barang-barang Bagasi Pribadi/ Loss of Personal Baggage Items	Bagian G2 - Penundaan Bagasi/ Baggage Delay Bagian G3 - Penyalahgunaan Kartu Kredit/ Fraudulent Use of Credit Card Bagian G4 - Kehilangan Dokumen Perjalanan/ Loss of Travel Documentation Bagian G5 - Pencurian Uang Pribadi/ Theft of Personal Money Bagian H – Jaminan Kecelakaan Diri/ Personal Accident Cover Bagian I – Tanggungjawab Pribadi/ Personal Liability Bagian J – Biaya Risiko Sendiri Atas Kendaraan yang Disewa dan Biaya Pengembalian Kendaraan yang Disewa/ Car Rental Excess Charges and Car Rental Return Charges		
Date of booked travelling /Tanggal perjalanan dipesan	:		
Place of booked travelling /Tempat perjalanan dipesan	:		
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 /Tempat kejadian	:		
Time of loss /Waktu kejadian	:		
*(for/untuk Bagian F dan G2)			
Scheduled flight/ Jadwal perjalanan yang dijadwalkan	New Flight/ Jadwal pengganti		
Date /Tanggal :	Date /Tanggal :		
Time /Waktu :	Time /Waktu :		
City/ Kota:	City/ Kota:		
Flight No. /No. Penerbangan :	Flight No. /No. Penerbangan :		
Circumstances /Uraian singkat tentang kejadian dan penyebabnya			
*(for/untuk Bagian G2) Baggage received information from Insured/ Informasi bagasi diterima oleh tertanggung			
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 yang rusak atau hilang			
Item Description>Nama Barang	Purchase Date/Tanggal Pembelian	Original price /Harga Sebenarnya	Amount Claimed/Harga yang diklaim
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3

**TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM**
**FORMULIR KLAIM ASURANSI PERJALANAN**
**Attending Physician's Statement /Pernyataan Dokter (for all medical claim /untuk semua klaim medis)**

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

**TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM**
**FORMULIR KLAIM ASURANSI PERJALANAN**
**Declaration / Deklarasi**

<p>I/We hereby declare that the information provided above is true and accurate in all respect. I/We understand that any false statement, fraud or any attempt to conceal or cover up any material fact will result in the rejection of any claim submitted.</p> <p>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.</p>	<p>Saya/Kami bersama ini menyatakan bahwa informasi di atas dalam segala hal adalah benar dan tepat. Saya/Kami memahami bahwa pernyataan palsu atau penipuan atau segala upaya untuk menyembunyikan atau menutupi fakta material apa pun, mengakibatkan ditolaknya setiap klaim yang diajukan.</p> <p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
Data Privacy	Privasi Data
<p>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 <a href="http://www.allianz.co.id/data-privasi/prinsip-privasi">http://www.allianz.co.id/data-privasi/prinsip-privasi</a> to view Allianz Privacy Statement.</p>	<p>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 <a href="http://www.allianz.co.id/data-privasi/prinsip-privasi">http://www.allianz.co.id/data-privasi/prinsip-privasi</a> untuk melihat Pernyataan Privasi Allianz.</p>
Prevailing Language	Bahasa Yang Berlaku
<p>This Claim Form is written in English and Indonesian. In the event of a discrepancy or inconsistency between the text in English and Indonesian, the text in Indonesian shall be applied.</p>	<p>Formulir Klaim ini ditulis dalam versi Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris. Dalam hal terjadi ketidaksesuaian atau inkonsistensi antara teks dalam Bahasa Inggris dan Bahasa Indonesia, maka teks dalam Bahasa Indonesia yang berlaku.</p>
Marketing Consent	Persetujuan Pemasaran
<p>Are you agreeable (i) to receive information, product and/or service offers and be contacted by Allianz, its subsidiaries and/or affiliates ("Allianz Group") (and third parties appointed by the Allianz Group); and (ii) to have your personal data processed by the Allianz Group and third parties appointed by the Allianz Group for marketing purposes, personal data quality improvement and service improvement?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> YES      <input type="checkbox"/> NO                 </p> <p>If you answer "YES", you understand and agree that the above consent includes: (i) consent to be contacted and/or sent information regarding product and/or service offerings, customer surveys and product campaigns, through any available communication media (such as letters, electronic mail (email), short message service (sms), telephone, short message applications and other digital/electronic communication media) by the Allianz Group (as well as third parties appointed by the Allianz Group); and (ii) approval to authorize the Allianz Group (as well as third parties appointed by the Allianz Group) to disclose your personal data information to any other party for the purposes referred to in point (i).</p> <p>Attention: In the event that you are no longer willing to be contacted and receive information on product and/or service offerings from the Allianz Group (and third parties appointed by the Allianz Group), you can contact Allianz Care at 1500-136 or send an email to <a href="mailto:cs@allianz.co.id">cs@allianz.co.id</a>.</p>	<p>Apakah Anda bersedia (i) untuk menerima informasi, penawaran produk dan/atau layanan serta dihubungi oleh Allianz, anak perusahaannya dan/atau afiliasinya ("Grup Allianz") (serta pihak ketiga yang ditunjuk oleh Grup Allianz); dan (ii) data pribadi Anda diproses oleh Grup Allianz dan pihak ketiga yang ditunjuk oleh Grup Allianz untuk tujuan pemasaran, peningkatan kualitas data pribadi serta peningkatan layanan?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> YA      <input type="checkbox"/> TIDAK                 </p> <p>Dalam hal Anda menjawab "YA", Anda mengerti dan menyetujui bahwa persetujuan di atas meliputi: (i) persetujuan untuk dihubungi dan/atau dikirimkan informasi mengenai penawaran produk dan/atau layanan, survei nasabah dan kampanye produk, melalui setiap media komunikasi yang tersedia (seperti surat, surat elektronik (email), short message service (sms), telepon, aplikasi pesan singkat dan media komunikasi digital/elektronik lainnya) oleh Grup Allianz (serta pihak ketiga yang ditunjuk oleh Grup Allianz); dan (ii) persetujuan pemberian kuasa kepada Grup Allianz (serta pihak ketiga yang ditunjuk oleh Grup Allianz) untuk mengungkapkan informasi data pribadi Anda kepada setiap pihak lainnya terkait kepentingan yang dimaksud pada poin (i).</p> <p>Perhatian: Dalam hal Anda tidak lagi bersedia dihubungi dan menerima informasi penawaran produk dan/atau layanan dari Grup Allianz (serta pihak ketiga yang ditunjuk oleh Grup Allianz), Anda dapat menghubungi Allianz Care di 1500-136 atau mengirimkan email ke alamat <a href="mailto:cs@allianz.co.id">cs@allianz.co.id</a>.</p>
<p><b>PERHATIAN !</b> <b>ATTENTION !</b></p> <p><b>1. Bacalah sekali lagi jawaban yang Anda berikan dan jika Anda telah yakin bahwa jawaban tersebut adalah sesuai dengan sebenarnya barulah bubuhkan tanda tangan Anda.</b> <b>Read again the answer you gave and if you are confident that the answer is true then put your signature.</b></p> <p><b>2. Kami menghimbau agar tidak menandatangani Formulir Klaim ini dalam keadaan kosong, karena dapat merugikan Anda sendiri.</b> <b>We urge you to not to sign this Claim Form in an unconscious condition, because it can harm yourself.</b></p>	
Place and Date /Tempat dan Tanggal :	Signature /Tanda tangan :
Name of the Insured (Claimant) /Nama Tertanggung (Pengaju Klaim) :	