

Travel Insurance Claim Form

Formulir Klaim Travel Insurance

PT Great Eastern General Insurance Indonesia



IMPORTANT

The acceptance of this Form is NOT an admission of liability on the part of the Company. Any documentary proof or report required by the Company shall be furnished at the expense of the Policyholder or Claimant. Required documents – For annual plans, please provide a copy of the passport showing duration of trip. We reserve the rights to request for additional information. To ensure that there is no delay of your claim, please return the claim form duly completed with supporting documents.

PENTING

Dengan diterimanya Formulir ini BUKAN pengakuan tanggung jawab di pihak Perusahaan. Bukti dokumenter atau laporan yang disyaratkan oleh Perusahaan harus diserahkan atas biaya Pemegang Polis atau Pihak yang mengajukan klaim (Claimant). Dokumen yang diperlukan untuk rencana tahunan, mohon berikan salinan paspor yang mencantumkan lama perjalanan. Kami berhak meminta informasi tambahan. Untuk memastikan bahwa tidak ada penundaan dalam memproses klaim Anda, mohon mengembalikan formulir klaim yang sudah dilengkapi beserta dokumen pendukung.

Claims Department

PT Great Eastern General Insurance Indonesia
Midplaza 2, 23rd floor
Jalan Jenderal Sudirman kav. 10-11
Jakarta 10220

Name of Policyholder <i>Nama Pemegang Polis</i>	Insurance Policy No. <i>No. Polis Asuransi</i>
--	---

Name of Claimant (if different from above) <i>Nama yang mengajukan Klaim (jika berbeda dengan di atas)</i>

Address <i>Alamat</i>	Occupation <i>Pekerjaan</i>	
	Date of Birth <i>Tanggal Lahir</i>	Sex <i>Jenis Kelamin</i> <input type="checkbox"/> Male <i>Pria</i> <input type="checkbox"/> Female <i>Wanita</i>
	Purpose of Trip <i>Name</i>	<input type="checkbox"/> Business <i>Bisnis</i> <input type="checkbox"/> Vacation <i>Liburan</i>
Telephone No. <i>No. Telepon</i>	HP No. <i>No. HP</i>	Email <i>Email</i>

Country which you travelled to <i>Negara yang Anda kunjungi</i>
--

Place where incident, loss or illness occurred <i>Tempat kejadian, kerugian atau sakit terjadi</i>	Date <i>Tanggal</i>	Time <i>Waktu</i>
---	------------------------	----------------------

Are there any other Policies of Insurance in force covering you in respect of this event?
Adakah Polis Asuransi lain yang berlaku yang menjamin Anda berkenaan dengan peristiwa ini?

If "Yes", please specify
Jika "Ya", mohon jelaskan

Description of the incident, loss or illness
Deskripsi kejadian, kerugian atau sakit

A. Personal Accident/Illness – Medical And Additional Expenses

Kecelakaan Diri/Sakit - Biaya Medis dan Biaya Tambahan

Please Attach Original Medical Receipts And Copy Of Discharge Summary Or Available Medical Report

Mohon Lampirkan Tanda Terima Medis Asli (Original Medical Receipt) Dan Salinan Resume Pasien (Discharge Summary) Atau Laporan Medis Yang Tersedia

1. i) Have you suffered from this illness or injury previously? If "Yes", please specify Yes No
Pernahkah Anda menderita sakit atau cedera ini sebelumnya? Jika "Ya", mohon jelaskan Ya Tidak

- ii) Is the illness or injury you have suffered or are suffering from a recurrence of a previous illness or injury? If "Yes", please specify Yes No
Apakah sakit atau cedera yang telah atau sedang Anda derita kambuh dari penyakit atau cedera sebelumnya? Jika "Ya", mohon jelaskan Ya Tidak

2. State amount claimed IDR
Sebutkan jumlah yang diklaim

3. Name and address of your usual attending doctor
Nama dan alamat dokter yang biasa merawat Anda

4. Were you on medication/medical treatment for this sickness during the 180 days preceding the trip? Yes No
Apakah Anda sedang menjalani pengobatan/perawatan medis untuk sakit ini selama 180 hari sebelum perjalanan? Ya Tidak

B. Baggage & Personal Effect

Bagasi & Barang Pribadi

Please furnish Police Report and original purchase receipts, baggage irregularity report and other supporting documents

Mohon serahkan Laporan Polisi dan tanda terima pembelian asli, laporan penyimpangan atas bagasi (baggage irregularity report) dan dokumen pendukung lainnya

Location of police station, name of airline/carrier or other authorities where report is lodged
Name

Give detail of amount claimed (if insufficient space, please provide details in separate sheets)

Lokasi kantor polisi, nama perusahaan penerbangan/pengangkut atau otoritas lain di mana laporan diajukan

Item Item	Description Deskripsi	When and Where purchase Kapan dan Di mana dibeli	Original purchase price (IDR) Harga beli asli (IDR)	Depreciation for wear & tear Penyusutan karena aus	Amount claimed (IDR) Jumlah yang diklaim (IDR)

C. Baggage Delay

Penundaan Bagasi

Please attach Boarding Pass, Baggage Irregularity, Baggage acknowledgement slip and any other correspondence from the Airlines

Mohon lampirkan Boarding Pass, penyimpangan atas Bagasi (Baggage irregularity), slip pengakuan Bagasi

(Baggage acknowledgement slip), dan korespondensi lainnya dari Perusahaan Penerbangan

Flight Details Keterangan Mengenai Penerbangan	Collection of Delayer Baggage Pengumpulan Bagasi Yang Terlambat
Arrival Date Tanggal Kedatangan	
Arrival Time Waktu Kedatangan	
Place of Departure Tempat Keberangkatan	
Flight No. No. Penerbangan	
Name of Airline Nama Perusahaan Penerbangan	

D. Cancellation/Curtailment/Postponement*Pembatalan/Pengurangan/Penundaan*

Please attach documents from carrier/travel agent and any relevant document to support your claim

*Mohon lampirkan dokumen dari pengangkut/agen perjalanan dan dokumen yang relevan untuk mendukung klaim Anda*When and where was the trip booked?
*Kapan dan di mana perjalanan dipesan?*Intended Departure Date
*Rencana Tanggal Keberangkatan*Date of Cancellation
*Tanggal Pembatalan*Why was the trip cancelled/curtailed?
*Mengapa perjalanan dibatalkan/dikurangi?*Amount paid to you
*Jumlah yang dibayar kepada Anda*Amount recovered from other sources
*Jumlah yang diperoleh kembali dari sumber lain*Amount claimed
Jumlah yang diklaim

IDR

IDR

IDR

E. Flight Delay/Misconnection*Penundaan/Ketinggalan Penerbangan*

Please attach Letter from Airlines/Carrier stating the reason and duration of delay

*Mohon lampirkan Surat dari Perusahaan Penerbangan/Pengangkut yang mencantumkan alasan dan lama penundaan*Original Flight Details
*Keterangan Mengenai Penerbangan Awal*Delayed Flight Details
Keterangan Mengenai Penundaan Penerbangan

Date <i>Tanggal</i>	Time <i>Jam</i>	Date <i>Tanggal</i>	Time <i>Jam</i>
Place of Departure <i>Tempat Keberangkatan</i>		Place of Departure <i>Tempat Keberangkatan</i>	
Flight No. <i>No. Penerbangan</i>		Flight No. <i>No. Penerbangan</i>	
Name of Airline <i>Nama Perusahaan Penerbangan</i>		Name of Airline <i>Nama Perusahaan Penerbangan</i>	

F. Others*Lain-lain*

(Hijack, Overbooked Flight, Personal Liability, Loss Of Hotel Facilities, Home Protection, Alternative Employees Expenses, Terrorism)

(Pembajakan, Penerbangan Overbooked, Tanggung Jawab Pribadi, Kehilangan Fasilitas Hotel, Perlindungan Rumah, Biaya Pegawai Alternatif, Terorisme)

In respect of any other claim which does not fall within the sections stated above, please provide details of the claim you are icient for such details, please attach another page

Berkenaan dengan klaim lain yang tidak termasuk dalam bagian di atas, mohon berikan rincian klaim yang Anda anggap cukup untuk rincian tersebut, mohon lampirkan halaman lain

I declare that to the best of my knowledge and belief that the above particulars are true and accurate. If I made or shall make any false or fraudulent statements, or withhold material facts whatsoever in respect of this claim, the Policy shall be void and I shall forfeit all rights to recover therein.

I authorise any hospital doctor, other person who has attended or examined me, to furnish to the Company, and/or its authorised representatives, with any and all information relating to any illness or injury, medical history, consultation, prescription or treatment, and copies of all hospital or medical records. A photocopy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.

*Saya menyatakan bahwa sepengetahuan saya keterangan di atas adalah benar dan betul. Jika saya membuat pernyataan tidak benar atau palsu, atau menahan fakta material apapun berkenaan dengan klaim ini, maka Polis akan batal dengan sendirinya dan saya akan menarik balik hak tuntutan saya.**Saya memberikan wewenang kepada dokter rumah sakit, orang lain yang pernah merawat atau memeriksa saya, untuk memberikan kepada Perusahaan, dan/atau wakil berwenangnya, setiap dan seluruh informasi yang berhubungan dengan sakit atau cedera, riwayat medis, konsultasi, resep atau perawatan, dan salinan seluruh catatan medis atau rumah sakit. Fotokopi pemberian wewenang ini dianggap berlaku seperti aslinya.*

Name of Policy Holder <i>Nama Pemegang Polis</i>	Signature/Company Stamp (If applicable) <i>Tanda Tangan/Cap Perusahaan (jika berlaku)</i>	Date <i>Tanggal</i>
Name of Claim <i>Nama Pengaju Klaim</i>	Signature <i>Tanda Tangan</i>	Date <i>Tanggal</i>