

FORMULIR KLAIM ASURANSI PERJALANAN

TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM

DATA TERTANGGUNG *INSURED DATA*

NAMA *NAME* :

TANGGAL LAHIR *DATE OF BIRTH* :

JENIS KELAMIN *SEX* : 1. LAKI-LAKI *MALE* 2. WANITA *FEMALE*

NO. KTP/PASSPORT *ID CARD/PASSPORT NO.* :

ALAMAT *ADDRESS* :

NO. HP/TELEPON *MOBILE PHONE/PHONE NO.* :

ALAMAT EMAIL *EMAIL ADDRESS* :

PEKERJAAN *OCCUPATION* :

NO. POLIS/SERTIFIKAT *POLICY/CERTIFICATE NO.* : PERIODE POLIS/SERTIFIKAT *PERIOD OF POLICY/CERTIFICATE* :

APAKAH ADA POLIS ASURANSI LAIN YANG MENJAMIN RESIKO PERJALANAN ANDA? JIKA ADA, MOHON SEBUTKAN.
IS THERE ANY OTHER INSURANCE POLICY GUARANTEES THE RISK OF YOUR TRIP? IF SO, PLEASE SPECIFY. : YA *YES* TIDAK *NO*

NO POLIS ASURANSI *POLICY NUMBER* : PERUSAHAAN ASURANSI *INSURANCE COMPANY* :

DATA PENGAJU KLAIM *CLAIMANT DATA (JIKA PENGAJU KLAIM BUKAN TERTANGGUNG IF THE CLAIMANT IS NOT THE INSURED)*

NAMA *NAME* :

JENIS KELAMIN *SEX* : 1. LAKI-LAKI *MALE* 2. WANITA *FEMALE*

ALAMAT *ADDRESS* :

NO. HP/TELEPON *MOBILE PHONE/PHONE NO.* :

HUBUNGAN DENGAN TERTANGGUNG *RELATION WITH THE INSURED* :

DATA KERUGIAN YANG TERJADI *LOSS DATA*

JENIS KERUGIAN YANG TERJADI *LOSS TYPE (MOHON TANDAII YANG SESUAI PLEASE MARK THE APPLICABLE)*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. KECELAKAAN DIRI <i>Personal Accident</i> | <input type="checkbox"/> 13. TANGGUNG JAWAB HUKUM PRIBADI <i>Personal Liability</i> |
| <input type="checkbox"/> 2. BIAYA PENGOBATAN LUAR NEGERI <i>Overseas medical expenses</i> | <input type="checkbox"/> 14. KETERLAMBATAN BAGASI <i>Baggage Delay</i> |
| <input type="checkbox"/> 3. BIAYA MEDIS SETELAH KEPULANGAN KE INDONESIA <i>Incurred medical expenses upon return to Indonesia</i> | <input type="checkbox"/> 15. PENUNDAAN PERJALANAN <i>Travel Delay</i> |
| <input type="checkbox"/> 4. EVAKUASI MEDIS DARURAT <i>Emergency Medical Evacuation</i> | <input type="checkbox"/> 16. PENYIMPANGAN PENERBANGAN <i>Flight Deviation</i> |
| <input type="checkbox"/> 5. SANTUNAN RAWAT INAP LUAR NEGERI <i>Overseas hospitalization benefits</i> | <input type="checkbox"/> 17. PENUNDAAN PERJALANAN KARENA PEMBAJAKAN <i>Delay due to Hijack</i> |
| <input type="checkbox"/> 6. SANTUNAN RAWAT INAP INDONESIA <i>Hospitalization benefits in Indonesia</i> | <input type="checkbox"/> 18. KEHILANGAN FASILITAS HOTEL <i>Loss of Hotel Facilities</i> |
| <input type="checkbox"/> 7. PEMULANGAN ANAK-ANAK TANGGUNGAN <i>Return of dependant children</i> | <input type="checkbox"/> 19. PENERBANGAN YANG TIDAK BERKESINAMBUNGAN <i>Travel Misconnection</i> |
| <input type="checkbox"/> 8. KUNJUNGAN PERJALANAN OLEH KELUARGA/TEMAN DIKARENAKAN TERTANGGUNG DIRAWAT INAP <i>Compassionate visit by a relative or friend due to Insured's hospitalization</i> | <input type="checkbox"/> 20. JAMINAN TERORISME <i>Terrorisme Cover</i> |
| <input type="checkbox"/> 9. KEHILANGAN/KERUSAKAN BAGASI DAN BARANG PRIBADI <i>Loss or damage to baggage & personal effects</i> | <input type="checkbox"/> 21. AKTIFITAS BAWAH AIR UNTUK HIBURAN <i>Leisure Underwater Activities</i> |
| <input type="checkbox"/> 10. KEHILANGAN DOKUMEN PERJALANAN & UANG <i>Loss of Travel Documents & Money</i> | <input type="checkbox"/> 22. BIAYA TELEPON DARURAT <i>Emergency Phone Charges</i> |
| <input type="checkbox"/> 11. PEMBATALAN ATAU PENANGGUHAN PERJALANAN <i>Travel cancellation or postponement</i> | <input type="checkbox"/> 23. JAMINAN KELEBIHAN BIAYA RESIKO SENDIRI ATAS KENDARAAN SEWA <i>Rental Vehicle Excess Cover</i> |
| <input type="checkbox"/> 12. PENGURANGAN PERJALANAN <i>Travel curtailment</i> | <input type="checkbox"/> 24. BEDAH REKONSTRUKSI KARENA LUKA BAKAR <i>Reconstructive Surgery due to burnt</i> |
| | <input type="checkbox"/> 25. JAMINAN GOLF <i>Golf Cover</i> |
| | <input type="checkbox"/> 26. PERLINDUNGAN RUMAH <i>Home Protection</i> |

TANGGAL PERJALANAN DIPESAN *DATE OF BOOKED TRAVELLING* :

TEMPAT PERJALANAN DIPESAN *PLACE OF BOOKED TRAVELLING* :

JUMLAH YANG TELAH ANDA BAYAR *AMOUNT HAS BEEN PAID BY YOU* :

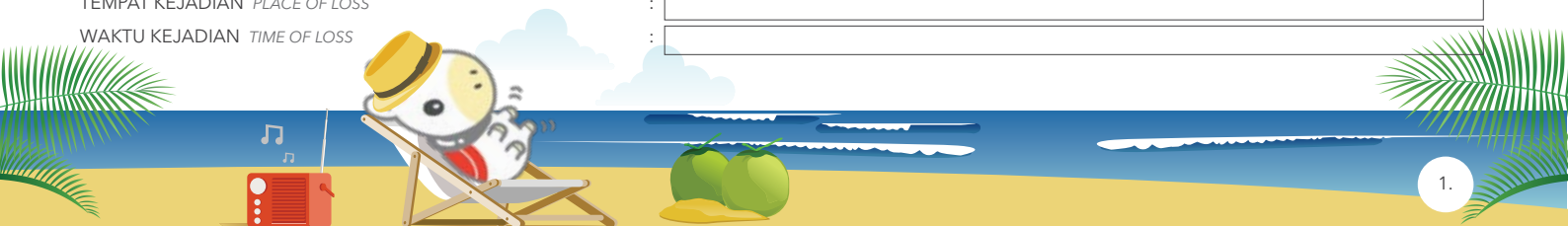
JUMLAH YANG DIBAYARKAN DIKEMBALIKAN OLEH PIHAK LAIN *AMOUNT HAS BEEN RECOVERABLE BY OTHER PARTIES* :

JUMLAH YANG DIKLAIM *AMOUNT CLAIMED* :

TANGGAL KEJADIAN *DATE OF LOSS* :

TEMPAT KEJADIAN *PLACE OF LOSS* :

WAKTU KEJADIAN *TIME OF LOSS* :



RINCIAN JADWAL PENERBANGAN SEBENARNYA
ORIGINAL FLIGHT DETAILS

RINCIAN JADWAL PENERBANGAN PENGGANTI/KETERLAMBATAN BAGASI
NEW FLIGHT/DELAYED BAGGAGE DETAILS

TANGGAL KEBERANGKATAN DATE OF DEPARTURE

WAKTU KEBERANGKATAN TIME OF DEPARTURE

TEMPAT KEBERANGKATAN PLACE OF DEPARTURE

NO. PENERBANGAN FLIGHT NO.

NAMA MASKAPAI NAME OF AIRLINE(S)

TANGGAL KEBERANGKATAN/BAGASI KEMBALI DATE OF DEPARTURE/RETURNED BAGGAGE

WAKTU KEBERANGKATAN/BAGASI KEMBALI TIME OF DEPARTURE/RETURNED BAGGAGE

TEMPAT KEBERANGKATAN PLACE OF DEPARTURE

NO. PENERBANGAN FLIGHT NO.

NAMA MASKAPAI NAME OF AIRLINE(S)

URAIAN SINGKAT TENTANG KEJADIAN DAN PENYEBABNYA CIRCUMSTANCES

PERNYATAAN DOKTER ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (UNTUK SEMUA KLAIM MEDIS FOR ALL MEDICAL CLAIMS)

TANGGAL KEDATANGAN DATE OF VISIT

TANGGAL KEJADIAN KECELAKAAN ATAU PENYAKIT TIMBUL

DATE OF THE ACCIDENT OR FIRST SYMPTOM OCCURRED

DIAGNOSA DIAGNOSE

KAPAN PASIEN PERTAMA KALI MENYADARI GEJALA PENYAKITNYA

ON WHAT DATE THE PATIENT BECAME AWARE OF THEIR SYMPTOMS

OBAT-OBATAN YANG DIBERIKAN MEDICINE

TINDAKAN ATAU PERAWATAN MEDIS YANG DIBERIKAN TREATMENT

APAKAH PASIEN SEBELUMNYA TELAH DIDIAGNOSIS ATAU DIRAWAT UNTUK PENYAKIT/ CEDERA YANG SAMA? HAS THE PATIENT PREVIOUSLY BEEN INVESTIGATED DIAGNOSED OR TREATED IN RESPECT FOR SAME /SIMILAR/RELATED ILLNESS/INJURY?

 YA YES TIDAK NO

JIKA YA, MENURUT DOKTER/PENJELASAN PASIEN SEJAK KAPAN PASIEN TERSEBUT MENDERITA DIAGNOSA DI ATAS? (MISAL, + 1 TAHUN YANG LALU, 6 BULAN YANG LALU, DLL) *IF YES, ACCORDING TO YOU AND/OR PATIENT HISTORY PLEASE STATE SINCE WHEN THE PATIENT SUFFERING THE ABOVE DIAGNOSE?

JELASKAN KOMPLIKASI ATAU PENYAKIT LAIN YANG DAPAT PENGARUHI KONDISI SEKARANG DESCRIBE ANY OTHER DISEASE OR INFIRMITY AFFECTING PRESENT CONDITION

APAKAH PASIEN MELANGGAR NASIHAT DOKTER DALAM MELAKUKAN PERJALANANNYA? DID THE PATIENT MAKE TRAVEL ARRANGEMENTS AGAINST YOUR OR OTHER MEDICAL PROFESSIONAL ADVICE?

APA YANG ANDA KETAHUI DARI PENYAKIT/ CEDERA YANG DIDERITA PASIEN? SEHINGGA PASIEN MEMBUTUHKAN PERAWATAN MEDIS YANG DAPAT MENGGANGGU RENCANA PERJALANNYA? WHAT DO YOU UNDERSTAND TO BE THE ILLNESS/INJURY WHICH RESULTED IN THE NEED TO SEEK MEDICAL CARE/INTERRUPT THE PATIENT'S TRAVEL PLANS

APAKAH ADA CACAT TETAP YANG DIDERITA OLEH PASIEN? IS THERE ANY PERMANENT DISABLEMENT OF THE PATIENT?

 YA YES TIDAK NO

JIKA YA, MOHON SEBUTKAN PADA BAGIAN TUBUH MANAKAH ITU? *IF YES, PLEASE MENTION IN WHICH PART OF BODY?

NAMA DAN ALAMAT DOKTER NAME AND ADDRESS OF THE PHYSICIAN

TANGGAL DAN TANDA TANGAN DATE AND SIGNATURE

NAMA NAME

TANGGAL DATE

ALAMAT ADDRESS

TANDA TANGAN DAN CAP SIGN AND STAMP

KLAIM TANGGUNG JAWAB TERHADAP PIHAK KETIGA PERSONAL LIABILITY CLAIM (UNTUK KLAIM NO.13 FOR NO.13)

NAMA PIHAK KETIGA NAME OF THIRD PARTY

ALAMAT & NO. HP/TELEPON PIHAK KETIGA ADDRESS & PHONE NO. OF THIRD PARTY

JUMLAH YANG DIKLAIM AMOUNT CLAIMED

JENIS BARANG YANG RUSAK ATAU CEDERA YANG TERJADI TYPE OF PROPERTY DAMAGE OR INJURY



SURAT KUASA UNTUK MENGELUARKAN INFORMASI MEDIS LETTER OF ATTORNEY TO RELEASE MEDICAL INFORMATION

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. SOMPO INSURANCE 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.

Nama Tertanggung (_____) dirawat di Rumah Sakit dari tanggal (_____) s/d tanggal _____

SURAT INI BERLAKU SELAMA DIPERLUKAN OLEH PENANGGUNG DALAM PROSES KLAIM YANG SEDANG BERLANGSUNG.

Penandatanganan Otorisasi Pelepasan Informasi adalah :

- Pasien itu sendiri jika usianya 21 tahun ke atas dan pikirannya sehat.
- Orang Tua atau Wali sah jika pasien berusia di bawah 21 tahun.
- Panitia orang atau harta benda yang ditunjuk berdasarkan Undang-Undang Gangguan Mental & Pengobatan (Cap 178) dalam kasus pasien yang tidak waras.

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 RECEIVER 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. SOMPO INSURANCE 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.

Insured Name (_____) treated at the Hospital from _____ to _____

THIS FOLLOWING LETTER IS REQUIRED BY THE INSURER DURING THE CLAIM PROCESS.

The signatory of the Authorization for Release of Information shall be :

- The patient himself/herself if he/she is 21 years of age and above and is of sound mind.
- The parent or lawful guardian if the patient is below 21 years of age
- The committee of person or estate appointed under the Mental Disorders & Treatment Act (Cap 178) in the case of a patient who is of unsound mind.

INFORMASI BANK BANK TRANSFER INFORMATION

NAMA BANK BANK NAME : _____
BRANCH OFFICE KANTOR CABANG : _____
NOMOR REKENING ACCOUNT NUMBER : _____
NAMA PEMILIK REKENING BENEFICIARY NAME : _____

Nama dan Tanda Tangan Tertanggung <small>Name and Signature Insured</small>	Tanggal <small>Date</small>
	Nomor Identitas/Paspor <small>ID Card / Passport No.</small>
Nama dan/atau Tanda tangan Wali (jika Pengaju Klaim kurang dari 17 tahun) atau Pengaju Claim <small>Name and/or Signature of guardian (if Claimant is under the age of 17) or Claimant</small>	Tanggal <small>Date</small>
	Nomor Identitas/Paspor <small>ID Card / Passport No.</small>



Nama Pasien <i>Name of patient</i>		Tanggal Lahir <i>Date of Birth</i>	
Anamnesa Lengkap <i>Complete Anamnesa</i>			
Tanggal konsultasi pertama <i>Date of first consultation</i>		Nama Dokter yang merferensikan pasien ini kepada Anda <i>Name of Doctor who refer this patient to You</i>	
Sejak kapan gejala timbul? <i>When did the syptom(s) start?</i>			
Apakah pasien pernah mendapat pengobatan sebelumnya untuk kondisi ini? jika ya, kapan? <i>Have the Patient ever had any treatment for the same condition prior to this consultation? if Yes, when?</i>			
Obat-obatan apa yang dikonsumsi secara rutin oleh pasien sebelum konsultasi dengan dokter? Sudah berapa lama? <i>What are the regular medication taken by the patient prior to the consultation? How long have the patient been consuming?</i>			
Kelainan yang ditemukan pada <i>Special findings on</i>			
a. Pemeriksaan jasmani: <i>Physical examination:</i>		Suhu badan: <i>Temperature:</i>	
		Tekanan Darah: <i>Blood Pressure:</i>	
		Detak Jantung: <i>Heart Rate:</i>	
		Tingkat pernafasan: <i>Respiratory Rate:</i>	
b. Pemeriksaan Penunjang: <i>Supporting examination:</i>			
Diagnosa <i>Diagnosis</i>			
Terapi/tindakan <i>Treatment/procedure</i>			
Apakah Anda mengenal Dokter lokal pasien? Sebutkan Nama dan lokasi <i>Do You know patient's local General Practitioner? State name and location</i>			
Apakah pasien datang ke Anda untuk melakukan pemeriksaan rutin/check-up saja? <i>Did the patient come to You only for routine examination/check-up?</i>			
a. Kelainan bawaan <i>Congenital anomalies</i>		<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>
b. Kondisi keturunan <i>Hereditary condition</i>		<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>
c. Kehamilan, kontrasepsi, infertilitas atau sterilisasi <i>Pregnancy , contraception, infertility or sterilization</i>		<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>
d. Pengaruh pemakaian obat atau alkohol <i>The influence of drugs or alcohol</i>		<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>
e. Refraksi atau koreksi atas penglihatan <i>R refractive error or correction of eyesight</i>		<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>
		f. Bedah kosmetika atau plastik <i>Cosmetic or plastic surgery</i>	
		<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	
		<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>	
		g. Pemeriksaan check-up rutin <i>Routine medical check-up</i>	
		<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	
		<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>	
		h. Gangguan mental atau syaraf <i>Rental or nervous disorders</i>	
		<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	
		<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>	
		i. Masalah gigi (apabila ya, apakah gigi yang bermasalah adalah gigi palsu atau asli? jelaskan) <i>Dental Problem (if yes, is the affected teeth is a sound and natural one? please describe)</i>	
		<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	
		<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>	
Nama Dokter pemeriksa <i>Name of Attending Physician</i>		Tanda tangan, Cap dan Tanggal <i>Signature, Stamp and Date</i>	

