



PT AIG Insurance Indonesia

Indonesia Stock Exchange Building Tower 2, Floor 3A
Jl. Jend. Sudirman Kav. 52-53 Jakarta 12190, Indonesia
AIG @Your Service 0800 124 8888 (toll free)

contact.indonesia@aig.com

www.aig.co.id

FORMULIR KLAIM ASURANSI PERJALANAN Travel Insurance Claim Form

Dokumen-dokumen wajib yang diperlukan :
Tiket/E-Ticket, Boarding Pass Asli, Fotokopi Paspor (halaman depan dan cap imigrasi), fotokopi polis asuransi, surat keterangan dari perusahaan mengenai perjalanan (jika mengajukan klaim dengan polis perjalanan perusahaan).

Formulir ini harus dilengkapi dengan jujur dan akurat. Apabila daftar dokumen yang diperlukan kurang lengkap, Kami berhak untuk meminta informasi/dokumentasi tambahan, sebagaimana diperlukan. Pengajuan klaim dengan informasi yang kurang memadai atau kurangnya dokumen pendukung dapat menunda proses atau mengakibatkan penolakan klaim Anda.

Formulir yang telah diisi harus dikembalikan kepada kami bersama dengan semua dokumen pendukung sesegera mungkin kepada Departemen Klaim AIG

Compulsory documents required :

Ticket/E-Ticket, Original boarding pass, copy of passport (first page and immigration stamp page), copy of insurance policy, Letter from Employer/Company regarding nature of trip (if claiming under a corporate travel policy).

This form must be completed truthfully and accurately. The list of documents required is not exhaustive and We reserve our right to request from You 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. The completed form should be returned to Us together with all supporting documents as soon as possible to AIG Claim Department

BAGIAN I - INFORMASI UMUM / SECTION I - GENERAL INFORMATION

Nama Tertanggung Name of Insured	Jenis Kelamin Sex	Usia Age	No. Polis Policy No.
Alamat dan Kode Pos Address and Postal Code	No. HP Mobile No.		
Nama dan Alamat perusahaan Name and Address of Employer	Alamat E-mail E-mail Address		
Jabatan Occupation	No. Telpon Kantor Office Phone No.		
Nama Pengaju Klaim (jika berbeda dari nama Tertanggung) Claimant's name (if different from Insured name)	Usia Age	Hubungan dengan Tertanggung Relationship with Insured	
	No. HP Mobile No.	Alamat E-mail E-mail Address	
Tempat kejadian, dimana kehilangan atau sakit terjadi Place where incident, loss or sickness occurred	Tanggal dan waktu kejadian Date and time of incident		
Detail kejadian, kehilangan atau sakit Description of incident, loss or sickness			
Apakah Anda memiliki Polis asuransi yang melindungi Anda dari kejadian ini? Are there any other policies of insurance covering You in respect of this incident?			
<input type="checkbox"/> Ya (mohon sebutkan) Yes (please specify) <input type="checkbox"/> Tidak No			
CARA PEMBAYARAN KLAIM / METHOD OF CLAIM PAYMENT			
Kami menegaskan bahwa permintaan cara pembayaran klaim ini bukan merupakan pengakuan atas tanggung jawab. Jika klaim disetujui, penggantian akan diberikan kepada Tertanggung. <i>Claim payment method is not an admission our liability. If the claim is eligible, the indemnity shall be payable to the relevant Insured.</i>			
Bank / Bank:	Pemegang Rekening / Account Holder:		
Nomor Rekening / Account Number:	SWIFT code (untuk rekening selain rupiah/ foreign currency account):		

A. SANTUNAN KECELAKAAN DIRI/SAKIT - BIAYA MEDIS DAN BIAYA LAINNYA / PERSONAL ACCIDENT/SICKNESS - MEDICAL AND ADDITIONAL EXPENSES

Dokumen yang diperlukan: Surat keterangan dokter atau rumah sakit, kwitansi pembayaran asli dengan detail jenis pengobatan dan perawatan, salinan resep dokter, surat ijin keluar rumah sakit, apabila cedera gigi, lampirkan kronologis kejadian.

Documents required: Please attach original medical reports from doctor or hospital, original medical receipts with details of medications, copy of doctor prescription, hospital discharge summary, if it is accidental dental expenses provide details of incidents

Sifat dan kondisi cedera atau sakit Nature and condition of injury or sickness	Nama dan Alamat dokter yang biasa dikunjungi Name and Address of your usual attending physician		
Pernahkah Anda mendapatkan perawatan sebelumnya untuk kondisi ini? Have you ever had any prior treatment for this condition?	Biaya rumah sakit atau dokter Hospital or Doctor's fee		Biaya obat-obatan Medicine cost
	<input type="checkbox"/> Ya, kapan _____ <input type="checkbox"/> Tidak Yes, when _____ No		
Nama dan alamat rumah sakit atau dokter Name and Address of hospital or doctor	Biaya lainnya (sebutkan) Other cost (Specify)	Jumlah biaya Total cost	

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

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.

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

Kapan dan dimana perjalanan dipesan <i>When and where was the trip booked</i>	Tanggal kejadian <i>Date of incident</i>
Rencana tanggal keberangkatan <i>Intended departure date</i>	Jumlah pembayaran sebelum pembatalan/ pengurangan <i>Amount paid in advance before cancellation/ curtailment</i>
Mengapa keberangkatan dibatalkan/dikurangi/ditunda/ditinggal/terganggu? <i>Why was trip cancelled/curtailed/postponed/misconnected/interrupted?</i>	Jumlah uang yang dapat dikembalikan <i>Amount recoverable</i>
	Jumlah uang yang diklaim <i>Amount claimed</i>

C. PENUNDAAN PENERBANGAN/TERTINGGAL PENERBANGAN LANJUTAN / FLIGHT DELAYED/MISCONNECTION

Dokumen yang diperlukan untuk bagian C / Documents required for section C

- Surat dari maskapai penerbangan/angkutan yang menyatakan alasan dan lama penundaan keberangkatan /
Letter from airline/carrier stating the reason and duration of delay

Detail penerbangan awal/ <i>Original Flight Details</i>	Detil penerbangan setelah penundaan/ <i>Delayed Flight Details</i>
Tanggal <i>Date</i>	Tanggal <i>Date</i>
Waktu keberangkatan <i>Time</i>	Waktu keberangkatan <i>Time</i>
Lokasi keberangkatan <i>Place of Departure</i>	Lokasi keberangkatan <i>Place of Departure</i>
Nomor penerbangan <i>Flight No.</i>	Nomor penerbangan <i>Flight No.</i>
Nama maskapai penerbangan <i>Name of Airline</i>	Nama maskapai penerbangan <i>Name of Airline</i>

D. KETERLAMBATAN BAGASI / BAGGAGE DELAY

Dokumen yang diperlukan untuk bagian D / Documents required for section D

- Keterangan keterlambatan bagasi/Laporan bagasi tidak diterima, tanda terima bagasi dan tanda pengenal bagasi
Baggage delay statement/Property Irregularity Report, baggage delivery receipt, baggage tag

Detail penerbangan <i>Flight Details</i>	Detil penerbangan setelah penundaan <i>Collection of delay baggage</i>
Tanggal kedatangan <i>Arrival date</i>	Tanggal <i>Date</i>
Jam kedatangan <i>Arrival time</i>	Waktu keberangkatan <i>Time</i>
Lokasi keberangkatan <i>Place of Departure</i>	Lokasi <i>Place</i>
Nomor penerbangan <i>Flight No.</i>	Nama maskapai penerbangan <i>Name of Airline</i>

E. BAGASI & BARANG-BARANG PRIBADI / BAGGAGE & PERSONAL EFFECTS

Kronologis kejadian lengkap, bukti laporan kehilangan/kerusakan yang diterbitkan oleh pejabat atau organisasi yang berwenang (contoh: polisi, perusahaan penerbangan, hotel, dll), foto yang menunjukan kerusakan, asli kwitansi tambahan biaya perjalanan untuk mengurus dokumen yang hilang, bukti kompensasi dari pihak lainnya (contoh: perusahaan penerbangan, hotel, asuransi lain, dll), asli kwitansi pembelian dari barang yang hilang dan dokumen pendukung lainnya.

Comprehensive chronology of the loss, Loss report/damage report issued by relevant authorities or organization (e.g. police, airlines, hotel, etc), photo showing the extend of damage to the property, original receipt for additional hotel accomodation and travel expenses to get replacement of lost travel document, proof of compensation from other party (e.g. airlines, hotel, other insurance company, etc), original purchases receipt of loss items and any relevant document to support Your claim.

Barang yang hilang atau rusak <i>Item(s) lost or damaged</i>	Jumlah <i>Quantity</i>	Tanggal, bulan dan tahun pembelian <i>Date, month and year of purchase</i>	Tempat Pembelian <i>Place of purchase</i>	Harga Pembelian <i>Purchase Value</i>
Jumlah/ Total				

F. LAIN-LAIN / OTHERS

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

BAGIAN II - DEKLARASI DAN SURAT KUASA / SECTION III - DECLARATION AND AUTHORIZATION

Yang bertandatangan di bawah ini Pengaju Klaim dengan ini menyatakan bahwa menurut sepengetahuan Pengaju Klaim dan kuasanya, pernyataan di atas dan segala hal yang tertuang adalah benar dan lengkap dalam segala halnya dan dibuat tanpa syarat apapun. Pengaju Klaim sepakat bahwa segala informasi pribadi saya/kami yang terhimpun atau dipegang oleh PT AIG Insurance Indonesia ("Perusahaan"), (baik yang tertuang di dalam Formulir Klaim ini atau yang diterima) diberikan dan dipegang, digunakan, dan diungkap oleh Perusahaan kepada perorangan/organisasi yang terkait dengan Perusahaan atau pihak ketiga yang dipilih (di dalam ataupun di luar Indonesia, termasuk perusahaan reasuransi, penyesuaian klaim atau investigasi, kepolisian, perusahaan penerbangan dan asosiasi/federasi industri) untuk tujuan memproses Klaim dan memberikan jasa, pemasaran langsung, dan pencocokan data lebih lanjut, dan berkomunikasi dengan Pengaju Klaim untuk tujuan tersebut.

Pengaju Klaim dengan ini memberi wewenang dengan tidak dapat ditarik kembali kepada:

- Organisasi, institusi, atau perorangan yang memiliki segala informasi, catatan atau pengetahuan mengenai kesehatan dan sejarah medis atau perawatan atau nasihat yang diberikan kepadanya, untuk mengungkap kepada Perusahaan informasi, catatan dan pengetahuan tersebut;
- Perseroan atau setiap penguji medis atau laboratorium yang sah, untuk melaksanakan penilaian medis yang diperlukan atau pengujian untuk menyatakan atau melakukan evaluasi terhadap status kesehatan Pengaju Claim berkaitan dengan Klaim dan setiap hal yang timbul karenanya. Pengujian dapat meliputi, namun tidak terbatas pada, pengujian kolesterol dan lipid darah, diabetes, gangguan hati atau ginjal, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), infeksi karena kerusakan kekebalan oleh human immunodeficiency virus (HIV) atau adanya pengobatan, obat-obatan, nikotin atau metabolit,
- Kepolisian yang memiliki informasi saya/kami, untuk memberi Perseroan informasi termasuk namun tidak terbatas pada keterangan kepolisian, keterangan saksi, hasil investigasi dan/atau penuntutan;
- Perusahaan penerbangan yang memiliki informasi saya/kami, untuk memberi Perseroan informasi termasuk, namun tidak terbatas pada, rincian penerbangan, rincian pemesanan, laporan hal luar biasa dan semua informasi yang berhubungan dengan pemesanan saya/kami; dan
- Organisasi, institusi, atau perorangan yang memiliki informasi, catatan atau pengetahuan mengenai catatan perjalanan Pengaju Claim, untuk mengungkap kepada Perseroan informasi, catatan dan pengetahuan tersebut.

Pemberian wewenang ini mengikat ahli waris dan penerima alih hak Pengaju Klaim dan tetap berlaku walaupun Pengaju Klaim meninggal dunia atau tidak mampu sepanjang diperbolehkan secara hukum. Salinan fotokopi pemberian wewenang ini sah seperti aslinya.

The undersigned Claimant(s) hereby declare that to the best of the Claimant(s)' knowledge and behalf, the above statement and particulars contained are true and complete in every respect and are made without reservation of any kind. The Claimant(S) agree that any of my/our personal information collected or held by PT AIG Insurance Indonesia ("the Company"), (whether contained in this Claim Form or otherwise obtained) is provided and be held, used, and disclosed by the Company to individuals/ organizations associated with the Company or any selected third party (within or outside of Indonesia, including reinsurance, claims adjusting or investigation companies, police, airlines and industry associations/ federations) for the purposes of processing the Claims herein and providing subsequent services, direct marketing, and data matching, and to communicate with the Claimant(s) for such purposes.

The Claimant(s) hereby irrevocably authorize:

- Any organization, institution, or individual that has any information, record or knowledge of the Claimant(s)' health and medical history or any treatment or advice rendered thereto disclose to the Company such information, record and knowledge;
- The Company or any of its approved medical examiners or laboratories to perform the necessary medical assessment and tests to underwrite and evaluate the Claimant(s)' health status in relation to the Claims therein and any matter arising there from. The tests may include, but are not limited to, tests for cholesterol and related blood lipids, diabetes, liver or kidney disorders, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), infection by any human immunodeficiency virus (HIV) immune disorder or the presence of medications, drugs, nicotine or their metabolites;
- The police that has any of my/ our information to provide the Company with the information including but not limited to the police reports, witness statements, investigation and/or prosecution results;
- Airline(s) that has/ have any of my/our information to provide the Company with the information including but not limited to flight details, booking details, irregularities reports and all information related to my/our bookings; and
- Any organization institution or individual that has any information, record or knowledge of the Claimant(s) travel record to disclose to the Company such information, record and knowledge.

This authorization shall bind the Claimant(s)' successors and assigns and remain valid now withstanding the Claimant(s)' death or incapacity in so far as legally permissible. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original.

Tertanggung dengan ini menyetujui bahwa untuk setiap informasi yang diperoleh atau disimpan oleh Penanggung (baik yang terdapat pada aplikasi klaim ini atau yang diperoleh dengan cara lain) dapat dipergunakan dan diungkapkan oleh Penanggung kepada individu/perusahaan yang terkait dengan Penanggung atau kepada setiap pihak ketiga yang independen (didalam atau diluar Indonesia) untuk setiap hal yang terkait dengan aplikasi klaim ini, setiap polis yang diterbitkan dan untuk memberikan keterangan atau informasi mengenai produk dan layanan yang Penanggung percaya mungkin menarik untuk Tertanggung dan untuk berkomunikasi dengan Tertanggung untuk tujuan apapun.

Insured agree that any information collected or held by the Insurer (whether contained in this claim application or otherwise obtained) can be used and disclosed by Insurer to our associated individuals/companies or any independent third parties (within or outside Indonesia) for any matters relating to this claim application, any policy issued and to provide advice or information concerning products and services which Insurer believes may be interested to the Insured and to communicate with the Insured for any purpose.

Nama dan/atau Tanda tangan Pengaju Klaim
Name and/or Signature of Claimant

Tanggal
Date

Nomor Identitas/Paspor
ID card/Passport no.

Nama dan/atau Tanda tangan Wali (jika Pengaju Klaim kurang dari 17 tahun)
Name and/or Signature of guardian (if Claimant is under the age of 17)

Tanggal
Date

Nomor Identitas/Paspor
ID card/Passport no.

BAGIAN III - PERNYATAAN DOKTER PEMERIKSA / SECTION III - ATTENDING PHYSICIAN STATEMENT

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 mereferensikan pasien ini kepada Anda <i>Name of Doctor who refer this patient to You</i>
Sejak kapan gejala timbul? <i>When did the symptom(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>
b. Pemeriksaan Penunjang: <i>Supporting examination:</i>	Tekanan Darah: <i>Blood Pressure:</i>
	Detak Jantung: <i>Heart Rate:</i>
	Tingkat pernafasan: <i>Respiratory Rate:</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 Yes <input type="checkbox"/> Tidak No
b. Kondisi keturunan <i>Hereditary condition</i>	<input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No
c. Kehamilan, kontrasepsi, infertilitas atau sterilisasi <i>Pregnancy, contraception, infertility or sterilization</i>	<input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No
d. Pengaruh pemakaian obat atau alkohol <i>The influence of drugs or alcohol</i>	<input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No
e. Refraksi atau koreksi atas penglihatan <i>Refractive error or correction of eyesight</i>	<input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No
f. Bedah kosmetika atau plastik <i>Cosmetic or plastic surgery</i>	<input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No
g. Pemeriksaan check-up rutin <i>Routine medical check-up</i>	<input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No
h. Gangguan mental atau syaraf <i>Mental or nervous disorders</i>	<input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No
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 Yes <input type="checkbox"/> Tidak No
Nama Dokter pemeriksa <i>Name of Attending Physician</i>	Tanda tangan, Cap dan Tanggal <i>Signature, Stamp and Date</i>