



**PT AIG Insurance Indonesia**

Indonesia Stock Exchange Building Tower 2, Floor 3A

Jl. Jend. Sudirman Kav. 52-53 Jakarta 12190, Indonesia

Phone: 021 5291 4888 | Email: contact.indonesia@aig.com | Website: www.aig.co.id

**FORMULIR KLAIM PERSONAL  
PERSONAL CLAIM FORM**

Form ini harus dilengkapi dengan jujur dan akurat. Formulir yang telah di isi harus dikembalikan kepada Kami bersama dengan semua dokumen pendukung Tertanggung/Tertanggung Ulang setuju bahwa setiap komunikasi, informasi yang dikumpulkan atau disimpan oleh Penanggung/Penanggung Ulang baik yang tercantum dalam aplikasi atau diperoleh dengan cara lain, dapat digunakan dan diungkapkan kepada individu/perusahaan terkait atau pihak ketiga independen dan/atau yang telah menandatangani perjanjian kerahasiaan dengan Penanggung/Penanggung Ulang, untuk setiap hal yang berhubungan dengan aplikasi Tertanggung/Tertanggung Ulang dan setiap polis yang diterbitkan, dalam rangka untuk memberikan saran atau informasi terkait produk, pelayanan klaim dan polis, dan juga dalam rangka memberikan pelayanan kepada Tertanggung/Tertanggung Ulang sehubungan dengan polis Tertanggung/Tertanggung Ulang.

*This form must be completed truthfully and accurately. The completed form should be returned to us together with all supporting document.*

*The (Re)Insured agree that any communication, information collected or held by the (Re)Insurer whether contained in the application or otherwise obtained may be used and disclosed to the (Re)Insurer's associated individuals/companies or any independent third parties (within or outside Indonesia), which parties are bound by confidentiality obligation and/or which has signed a confidentiality agreement with (Re)Insurer, for any matters relating to the (Re)Insured application and any policy issued, in order to provide advice or information concerning products, claims and policy servicing as well as to provide services to the (Re)Insured related with (Re)Insured's policy.*

<b>BAGIAN I – INFORMASI UMUM UNTUK SEMUA KLAIM PERSONAL SECTION I – GENERAL INFORMATION FOR ALL TYPE OF PERSONAL CLAIM</b>			
Nomor Polis / Policy Number			
Nama Lengkap Tertanggung (sesuai Paspor/ KTP)/ Insured Full Name (as written in Passport/ID)			
Alamat /Address			
Nomor Telepon /Telephone Number			
Alamat Email /Email Address			
Pihak yang dihubungi / Contact person			
Jenis Klaim / Claim Type	Medical Travel Extended Warranty Others	Non-Medical Travel Plus Product	Medical and Accident
Apakah anda memiliki asuransi lain yang memberikan perlindungan bagi anda dalam kejadian ini?  Do you have any other insurance policies that may provide coverage for you for this event?	Ya / Yes                      Tidak / No Apabila "Ya" mohon disebutkan nama perusahaan asuransi dan nomor polis / If "Yes" please state name of insurance company with the policy number  Sudahkah anda mengajukan klaim atas kerugian ini kepada perusahaan asuransi lain? / Have you made a claim for this loss to another insurer?  Ya / Yes                      Tidak / No		

Mohon diberikan penjelasan mengenai terjadinya Klaim (termasuk lokasi, tanggal, jam kejadian) dan dilampirkan dokumen pendukung yang diperlukan  
*Please provide claim information (including location, date, time) and attached supporting documents*

Informasi Rekening Pembayaran Klaim/  
*Information of Claim's Payment Account.*

Kami menegaskan bahwa permintaan informasi rekening pembayaran klaim ini bukan merupakan pengakuan atas tanggung jawab. Jika klaim disetujui, penggantian akan diberikan kepada Tertanggung /  
*We confirm that this request for claim payment account information does not constitute an admission of liability. If the claim is approved, the indemnity shall be provided to the Insured.*

Nama Bank & Cabang / *Bank Name & Branch :*

Nama Pemilik Rekening / *Account Name :*

Mata Uang / *Currency :*

Nomor Rekening / *Account Number :*

Kode Swift (Untuk Rekening Valuta Asing)/  
*Swift Code (For Foreign Currency Account) :*

Selanjutnya mohon mengisi Bagian II - Informasi Khusus Klaim Personal sesuai dengan jenis klaim dan Bagian III – Pernyataan Dokter Pemeriksa (untuk klaim Medis dan atau Kecelakaan) / *Please continue to fill in Section II Specific Personal Claim Information refer to the Claim Type and Section III – Attending Physician Statement (for Claim Medical and Accident)*

Bagian II dan III merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Bagian I Informasi Umum untuk Semua Klaim Personal/*Section II and Section III are form as integral part of Section I – General Information for all type of Personal Claim*

Saya/Kami dengan 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 apapun, mengakibatkan ditolaknya setiap klaim yang diajukan / *I/We hereby declare that the above information is true and correct in all respects. I/We understand that any false or fraudulent statement or any attempt to conceal or cover up any material fact will result in the rejection of any claim submitted.*

Tanggal / *Date*

Pemegang Polis / Petugas yang Berwenang / Pengaju Klaim  
*Policy Holder / Authorized Officer / Claimant*

---

*Tanda Tangan, Nama, dan Jabatan dengan Stempel Perusahaan*  
*Signature, Name, and Position with Company Stamp*