



# Travel Insurance Claim Form

## Formulir Klaim Asuransi Perjalanan

### ProMedicare

Please complete all the relevant sections of this form and return with original of all the documents requested (Please note photocopies are not acceptable) to PT ASURANSI AXA INDONESIA

*Harap diisi lengkap bagian-bagian yang berhubungan pada formulir ini disertai dengan semua dokumen asli yang diperlukan (photocopy tidak berlaku) dan dikirim ke PT ASURANSI AXA INDONESIA*

#### 1. General / Umum

Name of Insured   
*Nama Tertanggung*

Address   
*Alamat*

Tel. No.   
*Telp. No.*

Travel Agent   
*Agen Perjalanan*

Date of Booking   
*Tanggal Pesanan Bepergian*

Booked Holiday Dates From   
*Tanggal Pesanan Bepergian Dari*

To   
*Sampai*

Please give name and address of your Household and All Risks Insurer and the Policy Number  
*Harap tuliskan nama dan alamat Perusahaan asuransi dan nomor polis pertanggung Household dan All Risks anda*

#### 2. Loss of Deposit / Cancellation / Curtailment or Delay / Travel Misconnection

*Kehilangan Deposit / Pembatalan / Pengurangan Perjalanan atau Penundaan Perjalanan / Perjalanan Tidak Sinambung*

Claim for Cancellation / Curtailment of holiday / Travel Delay (delete as appropriate)  
*Klaim untuk Pembatalan / Pengurangan Perjalanan / Penundaan Perjalanan (coret yang tidak perlu)*

Date of cancellation, delay or arrival at home if curtailed / Travel Misconnection  
*Tanggal pembatalan, penundaan atau kedatangan jika terjadi pengurangan perjalanan / Perjalanan Tidak Sinambung*

Reason for cancellation / curtailment / delay / Travel Misconnection  
*Alasan pembatalan / pengurangan / penundaan perjalanan / Perjalanan Tidak Sinambung*

If cancellation due to sick or injured person, please give his/her name and relationship to the Insured  
*Jika pembatalan karena ada seseorang yang sakit atau cidera, mohon informasikan nama dari orang yang sakit atau cidera tersebut dan hubungannya dengan Tertanggung*

Name of sick or injured person

*Nama orang yang sakit atau cidera*

Relationship

*Hubungan*

Delay claim related, please state period of delay (must be at least 12 hours from the time specified in the Travel itinerary)

*Terkait klaim penundaan, mohon cantumkan lamanya penundaan (Paling tidak 12 jam dari saat yang ditentukan dalam jadwal perjalanan)*

Amount claimed

*Jumlah tuntutan*

Rp/US\$

### 3. Personal Accident / *Pertanggungjawaban Kecelakaan Diri*

Date and Place of Accident

*Tanggal dan tempat terjadinya kecelakaan*

Date

*Tanggal*

Place

*Tempat*

How did accident happen ?

*Bagaimana terjadinya kecelakaan ?*

Nature of injury (or official cause of death)

*Jenis luka (atau penyebab sebenarnya dari kematian)*

Name of doctor consulted abroad

*Nama dokter yang konsultasi dengan anda di luar negeri*

Name and address of doctor attending you in Indonesia

*Nama dan alamat dokter yang merawat anda di Indonesia*

Name and address of usual doctor (if different from above)

*Nama dan alamat dokter yang biasanya merawat anda (jika berbeda dengan di atas)*

### 4. Baggage / Personal Effects (including delayed baggage) / Travel Document

*Bagasi / Barang Pribadi (termasuk keterlambatan bagasi) / Dokumen Perjalanan*

Date, time, and place of loss / damage

*Tanggal, jam, dan tempat terjadinya kehilangan / kerusakan*

Date

*Tanggal*

Time

*Jam*

Place

*Tempat*

Describe in full the circumstances of loss/damage or delay (if necessary, you may use a separate piece of paper to provide a full detail)

*Keterangan keadaan yang sebenarnya dari kehilangan / kerusakan atau keterlambatan (jika diperlukan, anda dapat menggunakan lembar terpisah untuk menjelaskan secara rinci)*

To whom did you report the loss

*Kepada siapa anda laporkan kehilangan tersebut*

Did you report the loss to the police ?

*Apakah anda melaporkan kepada polisi ?*

Yes

*Ya*

No

*Tidak*

If Yes, date reported

*Jika ya, tanggal berapa dilaporkan*

Address of police station

*Alamat kantor polisi*

Did loss/damage occur whilst property was in the custody of a carrier (airline, bus company etc.)?

*Apakah kehilangan/ kerusakan terjadi pada saat berada dibawah pengawasan pengangkut (perusahaan penerbangan, bis dsb)?*

Yes  
Ya  No  
Tidak

Date when the loss was reported to carrier

*Tanggal dilaporkan kepada pengangkut*

Name and address of carrier

*Nama dan alamat pengangkut*

Details of item/s lost or damaged including make/model etc. <i>Jelaskan barang yang hilang atau rusak termasuk merek/ model dll</i>	Place of Purchase <i>Tempat pembelian barang</i>	Date of Purchase <i>Tanggal pembelian</i>	Price of Purchase <i>Harga pembelian</i>	Amount claimed <i>Jumlah yang dituntut</i>

## 5. Medical Expenses Hospital benefit / *Manfaat biaya Medis dan Rumah Sakit*

Date and place of accident/onset illness

*Tanggal dan tempat terjadinya kecelakaan/ mulainya penyakit*

Date

*Tanggal*

Place

*Tempat*

Nature and condition of accident/illness

*Jenis dan kondisi kecelakaan/ penyakit*

Period of Hospital treatment

*Lamanya perawatan di Rumah Sakit*

Nature of expenditure <i>Jenis pembiayaan</i>	To whom it will be paid <i>Kepada siapa akan dibayarkan</i>	Amount (state currency if not in Rupiah) <i>Jumlah (selain Rupiah jelaskan mata uangnya)</i>	Indicate if any bills are unpaid <i>Perincian rekening yang belum dibayar</i>

If any bills are unpaid, please give name and address of the payee

*Jika ada kuitansi-kuitansi yang belum dibayar, mohon berikan nama dan alamat kepada siapa harus dibayar*

## 6. Declaration & Authorisation / *Pernyataan & Surat Kuasa*

I declare to the best of my knowledge that the particulars given are true  
*Saya menyatakan bahwa semua keterangan yang diberikan adalah benar*

I hereby authorise any hospital physician or other person who has attended or examined me, to furnish PT ASURANSI AXA INDONESIA or its authorised representative any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescription or treatment, and copies of all hospital or medical record. A copy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.

*Dengan ini saya memberi kuasa kepada rumah sakit, dokter atau orang lain yang memeriksa atau mengobati saya untuk melengkapi keterangan yang diperlukan PT ASURANSI AXA INDONESIA atau perwakilannya, atas seluruh keterangan yang bersangkutan dengan suatu penyakit atau kecelakaan, riwayat kesehatan, konsultasi pemberian resep atau pengobatan, dan salinan dari seluruh dokumen rumah sakit atau kesehatan. Fotocopi dari surat kuasa ini akan diperlakukan sesuai dengan aslinya.*

Signature/*Tanda tangan*

Date/*Tanggal*