

**FORMULIR KLAIM ASURANSI PERJALANAN**  
**TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM**

Formulir ini harus dilengkapi dengan benar, lengkap dan jelas. PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia berhak meminta informasi/dokumen tambahan (bila diperlukan). Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi

*This form shall be filled in correctly completely, and clearly. PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia reserve the right to request any additional information/documentation as necessary. A claim can only be processed if all supporting documents have been completed.*

**DATA TERTANGGUNG (INSURED DATA)**

No. Polis / <i>Policy No.</i>	:	
Nama / <i>Name</i>	:	
Tanggal Lahir / <i>Date of Birth</i>	:	
Jenis Kelamin / <i>Gender</i>	:	
No. KTP/Passport / <i>ID Card/Passport No.</i>	:	
Alamat / <i>Address</i>	:	
No. Telepon / <i>Phone No.</i>	:	
No. Handphone / <i>Handphone No.</i>	:	
Alamat Email / <i>Email Address</i>	:	
Pekerjaan / <i>Occupation</i>	:	

Apakah ada polis asuransi lain yang menjamin resiko perjalanan anda ? Jika ada, mohon sebutkan :  Ya / Yes  Tidak / No

*Is there any other insurance policy that guarantees the risk of your trip? If so, please specify* :

--

**DATA PELAPOR JIKA PENGAJUAN KLAIM BUKAN TERTANGGUNG / IF THE CLAIMANT IS NOT THE INSURED**

Nama / <i>Name</i>	:	
Jenis Kelamin / <i>Gender</i>	:	
Hubungan Dengan Tertanggung / <i>Relation With The Insured</i>	:	
No. Telepon (HP) / <i>Phone No. (HP)</i>	:	
Alamat Email / <i>Email Address</i>	:	

**Ringkasan Kejadian / Summary of Incident**

Tempat Kejadian, dimana Kehilangan atau Sakit Terjadi / *Place where incident, Loss, or illness occurred* :

--

Tanggal dan Waktu Kejadian / *Date and Time of Incident* :

--

Detail Kejadian, Kehilangan atau Sakit / *Description of Incident, Loss or Illness* :

--

(boleh menggunakan lembaran tambahan / *you may use attachment*)

Total Nilai Klaim yang Diajukan / *Total Claim Submitted* :

--

**Jenis Kerugian / Type of Loss**

**Bagian A - Kecelakaan Diri / Section A - Personal Accident**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kematian dan Cacat Permanen Akibat Kecelakaan /<br><i>Accidental Death &amp; Permanent Disablement</i> | <input type="checkbox"/> Luka Bakar Tingkat Ketiga /<br><i>Third Degree Burn</i>                            |
| <input type="checkbox"/> Penggantian Biaya Pemakaman /<br><i>Indemnity for Funeral Benefit</i>                                  | <input type="checkbox"/> Patah/Retak Sederhana atau Patah/Retak Lainnya<br><i>Simple or Other Fractures</i> |

**Bagian B - Jaminan Medis / Section B - Medical Coverage**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Biaya Pengobatan /<br><i>Medical Expenses</i>  | <input type="checkbox"/> Kunjungan Perjalanan Keluarga Jika Bertanggung Jawab Dirawat<br>Lebih Dari 5 Hari /<br><i>Compassionate Visit due to Hospitalized in Overseas more<br/>than 5 days</i>             |
| <input type="checkbox"/> Kondisi Awal sublimit dari Biaya Pengobatan /<br><i>Pre-existing Condition sublimit from Medex</i>                       | <input type="checkbox"/> Kunjungan Perjalanan Keluarga Jika Bertanggung Jawab<br>Meninggal Dunia di Luar Negeri /<br><i>Compassionate Visit due to Death in Overseas</i>                                    |
| <input type="checkbox"/> Biaya Pengobatan Lanjutan di Indonesia /<br><i>Continuing Medical Expenses in Indonesia</i>                              | <input type="checkbox"/> Pemulangan Anak /<br><i>Return of Children</i>   |
| <input type="checkbox"/> Santunan Tunai Harian Rawat Inap Akibat<br>Kecelakaan/Sakit / <i>Daily Hospital Cash due to accident or<br/>sickness</i> | <input type="checkbox"/> Biaya Telepon & Internet Darurat (sehubungan dengan<br>situasi medis darurat) /<br><i>Emergency Telephone &amp; Internet Charge (related with<br/>emergency medical situation)</i> |
| <input type="checkbox"/> Evakuasi Medis Darurat /<br><i>Emergency Medical Evacuation</i>  |   |
| <input type="checkbox"/> Repatriasi Jenazah ke Negara Asal /<br><i>Repatriation of Mortal Remains to Origin Country</i>                           |   |

**Bagian C - Ketidaknyamanan Perjalanan / Section C - Travel Inconvenience**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kehilangan atau Kerusakan Bagasi & Harta Benda Pribadi<br>/ <i>Personal Property &amp; Baggage Loss or Damage</i> | <input type="checkbox"/> Keterlambatan/Penundaan Bagasi /<br><i>Baggage Delay</i>  |
| <input type="checkbox"/> Penundaan Penerbangan /<br><i>Flight Delay</i>  | <input type="checkbox"/> Pembatalan Perjalanan & Perubahan Perjalanan /<br><i>Trip Cancellation &amp; Alteration</i>             |
| <input type="checkbox"/> Biaya Akomodasi Hotel Tambahan /<br><i>Extra Hotel Accommodation Expenses</i>                                     | <input type="checkbox"/> Pengurangan Perjalanan /<br><i>Trip Curtailment</i>   |
| <input type="checkbox"/> Biaya Transportasi Tambahan /<br><i>Extra Transportation Expenses</i>   | <input type="checkbox"/> Pengalihan Penerbangan & Perubahan Rute<br>Penerbangan / <i>Flight Diversion &amp; Rerouting Flight</i> |
| <input type="checkbox"/> Penerbangan Yang Kelebihan Pesanan /<br><i>Overbooked Flight</i>  | <input type="checkbox"/> Kehilangan Penerbangan Lanjutan /<br><i>Flight Missed Connection</i>                                    |

**Bagian D - Manfaat Lainnya / Section D - Other Benefit**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kehilangan Dokumen Perjalanan<br><i>Loss of Trip Document</i>                           | <input type="checkbox"/> Perlindungan Rumah Yang Ditinggalkan<br><i>Unattendance Home Protection</i>  |
| <input type="checkbox"/> Pencurian Uang Pribadi<br><i>Loss of Personal Money</i>                                 | <input type="checkbox"/> Risiko Sendiri Atas Penyewaan Mobil<br><i>Own Risk for Rental Car</i>        |
| <input type="checkbox"/> Perampokan Dalam Taksi/Kendaraan Pribadi /<br><i>Robbery in Taxi or Private Vehicle</i> | <input type="checkbox"/> Kunci Kendaraan Sewa<br><i>Rental Vehicle Keys</i>                           |
| <input type="checkbox"/> Pembajakan /<br><i>Hijack</i>   | <input type="checkbox"/> Aktifitas Rekreasi dan Olahraga<br><i>Recreational Sports and Activities</i> |
| <input type="checkbox"/> Tanggung Jawab Hukum Pribadi /<br><i>Personal Liability</i>                             | <input type="checkbox"/> Perpanjangan Otomatis Periode Polis<br><i>Automatic Extension Cover</i>      |
| <input type="checkbox"/> Terorisme /<br><i>Terrorism</i>   |   |

Kerugian Selain Yang Disebutkan Manfaat Diatas/Losses Other Than Above Benefit

**PERNYATAAN DOKTER (UNTUK SEMUA YANG BERKAITAN DENGAN KLAIM MEDIS  
ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (FOR ALL RELATED MEDICAL CLAIMS)**

Dokumen yang diperlukan: Lampirkan surat keterangan asli dari dokter atau rumah sakit, kwitansi pembayaran asli dengan detail jenis pengobatan dan perawatan, salinan resep dokter, surat izin keluar rumah sakit, dan dokumen penunjang medis (lab, rontgen, usg, dll) . Khusus untuk cedera gigi, lampirkan kronologis kejadian.

*Documents required: Please attach original medical reports from the doctor or hospital, original medical receipts with details of medications, a copy of the doctor's prescription, hospital discharge summary, and medical supporting documents (lab, rontgen, usg, etc). Particularly for accidental dental expenses provide details of incidents*

Nama Rumah Sakit : <i>Name of Hospital</i>	:	
Alamat Rumah Sakit : <i>Hospital Address</i>	:	
Email Rumah Sakit : <i>Hospital Email Address</i>	:	
No. Telephone / No. Fax : <i>Phone / Fax Number</i>	:	
Tanggal Konsultasi/Perawatan : <i>Hospitalization/Consultation Date</i>	:	
Anamnesa : <i>Anamnesa</i>	:	
Diagnosis Utama : <i>Primary Diagnosis</i>	:	
Diagnosis Tambahan : <i>Additional Diagnosis</i>	:	

Tanggal pasien mendapatkan perawatan sebelumnya untuk penyakit yang sama?  
*Date/s when patient had any prior treatment of the same illness?*

Tanggal pertama kali gejala sakit/cedera dirasakan?  
*Nature and origin of symptoms first occurred?*

Apakah pasien pernah memiliki penyakit lain yang mempengaruhi kondisi sekarang? Jika Ya, mohon jelaskan  
*Has patient had any disease or infirmity affecting present condition? If Yes, please state*

Keterangan Tambahan:  
*Additional Information:*

Kami/Saya menyatakan bahwa sepanjang pengetahuan Saya/Kami semua informasi yang Saya/Kami berikan dalam formulir ini adalah benar dan jujur tanpa ada paksaan dari pihak manapun  
*We/I declare that to the best of my/our knowledge all the information I/we provide in this form is true and truthful without any coercion from any party*

Tempat dan Tanggal / *Place and Date* :

Stempel, Nama, dan Tanda Tangan Dokter  
*Stamp, Name and Physician's Signature*

**DEKLARASI DAN SURAT KUASA**  
**DECLARATION AND AUTHORIZATION LETTER**

Saya/Kami menyatakan bahwa sepengetahuan saya/kami semua keterangan yang saya/kami berikan dalam formulir klaim ini dan semua lampirannya adalah benar dan sejujurnya.

*I/We hereby testify that to my/our best knowledge all information provided herein is/are correct and all documents attached hereto are true and provided in utmost good faith.*

Dengan ini saya/kami memberi kuasa penuh pada setiap Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Perusahaan Asuransi, Organisasi, Instansi atau individu lainnya, baik di negeri maupun di luar negeri, yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya / kami untuk memberitahukan, baik lisan dan/atau tertulis, termasuk memberikan salinan dari dokumen terkait keadaan kesehatan/klaim saya/kami kepada Penanggung (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) atau perwakilannya

*I / We hereby fully authorize all the Doctors, Hospital(s), Clinics, Other Insurance Company (ies) or other organization or institution or any individual, either domestic or overseas, that has any records or relevant knowledge or information pertaining to my/our health condition to share the information both verbally or in written, including provided a copy documents pertaining to our health/claim to Insurer (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) or their authorized representatives.*

Saya/kami dengan ini memberikan hak penuh kepada Penanggung (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) untuk menggunakan atau memberikan informasi/data klaim saya/kami termasuk data pribadi yang tersedia, diperoleh, diproses atau disimpan oleh Penanggung (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) kepada pihak lain baik di dalam negeri maupun di luar negeri, seperti namun tidak terbatas pada perusahaan asuransi, dokter, klinik, rumah sakit, dan/atau pihak lainnya dalam rangka aktifitas perusahaan asuransi terkait dengan pengajuan klaim saya/kami.

*I/we hereby grant full rights to Insurer (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) to use or provide my/our claim information/data including personal data available, obtained, processed or stored by Insurer (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) to other parties, either domestic or overseas, such as but not limited to insurance companies, doctors, clinics, hospitals, and/or other parties in the context of insurance company activities related to my/our claim submission.*

Selanjutnya saya/kami juga menyetujui dan memberikan hak penuh kepada Penanggung (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) untuk menerima dan mempergunakan data terkait klaim saya/kami, termasuk data pribadi yang terkandung di dalamnya, yang diperoleh dari pihak manapun baik di dalam negeri maupun di luar negeri.

*Furthermore, I/we also agree and give full rights to Insurer (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) to receive and use data related to my/our claims, including personal data contained therein, obtained from any party either domestic or overseas.*

*Jika suatu pembayaran klaim telah dilakukan oleh Penanggung (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) berdasarkan suatu pernyataan yang tidak benar atau dokumen yang tidak sah, atau pemalsuan, atau kecurangan baik secara pasif maupun aktif, tidak menyampaikan fakta penting (material facts) yang diketahui, maka saya/kami setuju untuk mengembalikan pembayaran dimaksud kepada Penanggung (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) dalam waktu 5 (lima) hari kerja sejak diminta oleh PT Asuransi Tokio Marine Indonesia. Saya/kami juga setuju jika Penanggung (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) mengambil setiap langkah hukum yang dianggap perlu oleh Penanggung (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia).*

*If any claim payment has been made by the Insurer (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) based on an untrue statement or unauthorized document, or forgery, or fraud either passively or actively, non disclosure of material facts that are known to me/us, then the I/we agree to return the said claim payment to the Insurer (PT. Asuransi within 5 (five) working days since requested by Tokio Marine Indonesia). I/we further agree that the Insurer (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) to take whatsoever legal actions deemed necessary by the Insurer (PT. Tokio Marine Insurance Indonesia).*

Selanjutnya, apabila dikemudian hari terbukti bahwa berdasarkan ketentuan polis asuransi, dan/atau perjanjian asuransi dan/atau hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku ternyata saya/Kami tidak berhak untuk menerima pembayaran klaim ini, maka saya/kami bersedia mengembalikan pembayaran klaim dimaksud kepada PT Asuransi Tokio Marine Indonesia dalam waktu 5 (lima) hari kerja sejak diminta oleh PT Asuransi Tokio Marine Indonesia.

*Furthermore, if later in the future time, it is proven that based on terms and condition of insurance policy, and/or insurance contract and/or other prevailing laws and regulation provisions, that I am/we are not entitled for the indemnity (claim payment), hereby I/we agree to return the indemnity (claim payment) to insurer (PT Asuransi Tokio Marine Indonesia) within 5 (five) working day since requested by insurer ( PT Asuransi Tokio Marine Indonesia).*

Fotokopi dari Surat Kuasa Ini dianggap sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama dengan aslinya

*The copy of this authorization shall be considered as effective and legitimate as the original.*

Tanggal/Date :

Tanda tangan yang mengajukan klaim  
Signature of the Claimant

Tanda tangan Tertanggung  
Signature of the Insured

\_\_\_\_\_  
Nama/Name :

\_\_\_\_\_  
Nama/Name :