

## CLAIM NOTE FOR TRAVEL INSURANCE

### FORMULIR KLAIM ASURANSI PERJALANAN

<b>The Insured/Tertanggung</b>	
Name/Nama	: ..... <input type="checkbox"/> Male / Laki-laki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan
Date of Birth/Tanggal Lahir	: .....
Address/Alamat	: .....
Phone Number/No. Telpn	: ..... Mobile (HP): .....
Email Address/Alamat email	: .....
Passport Number/No. Paspor	: .....
Policy Number/No. Polis	: .....
Insurance Period/Periode Asuransi	: .....

#### A. PERSONAL ACCIDENT/MEDICAL EXPENSES - Kecelakaan Diri/Biaya Medis

1. Diagnosis:	Injury ( ) or Sickness ( ) <i>Cedera atau Sakit</i>
2. Date when the symptom/condition first appeared: <i>Tanggal gejala/kondisi muncul pertama kali</i>	/ /
3. Date of first visit for this symptom/condition: <i>Tanggal pertama kali kunjungan/konsultasi/perawatan untuk gejala/kondisi ini</i>	/ /
4. Has the patient received medical treatment at different hospital (or the same hospital) for the same condition/symptom before? <i>Apakah pasien sebelumnya pernah mendapatkan perawatan dari rumah sakit lain (atau rumah sakit yang sama) untuk gejala/kondisi yang sama</i>  <i>If YES, date of first treatment, name of the Doctor &amp; Hospital (if at different hospital): Jika YA, tanggal pertama kali kunjungan, nama dokter dan rumah sakit</i>	Yes/Ya / No/Tidak  Date of First Treatment: / / <i>Tanggal tindakan/perawatan pertama kali</i>  (Hospital/Rumah Sakit: ) (Doctor/Dokter: )
5. Nature of surgical operation conducted (if any): <i>Sifat/kondisi dari tindakan operasi (jika ada)</i>	
6. Any other disease or infirmity affecting present condition? <i>Penyakit atau komplikasi yang mempengaruhi kondisi sekarang?</i>	Yes/Ya / No/Tidak Detail:
7. Is the symptom/condition associated with Dental Disease, Pregnancy, Delivery, or Miscarriage? <i>Apakah gejala/kondisi tersebut berhubungan dengan penyakit gigi, kehamilan, melahirkan atau keguguran?</i>	Yes/Ya / No/Tidak Detail:
8. Do you consider this treatment as continuous from previous treatment (if any)? <i>Apakah menurut anda perawatan kali ini adalah kelanjutan dari perawatan sebelumnya (jika ada)?</i>	Yes/Ya / No/Tidak Detail:
9. Does the condition require subsequent treatment(s)? <i>Apakah kondisi ini membutuhkan tindakan lanjutan?</i>	Yes/Ya / No/Tidak Detail:
10. Any possibility of irrecoverable functional impediment and/or disablement? <i>Adakah kemungkinan gangguan fungsi yang tidak dapat dipulihkan dan/atau cacat ?</i>	Yes/Ya / No/Tidak Detail:
11. Non-diagnostic Medical Examination/Laboratory Tests or Vaccination done? <i>Apakah dilakukan pemeriksaan non diagnostik/laboratorium atau vaksinasi?</i>	Yes/Ya / No/Tidak Detail:
12. Rehabilitation/Physiotherapy Required? <i>Apakah memerlukan rehabilitasi/fisioterapi?</i>	Yes/Ya / No/Tidak Duration/jangka waktu:
13. Remarks if any <i>Penjelasan lain jika ada</i>	
Date/Tanggal (Y/M/D): / /	
Signature and Name of Attending Physician <i>Tanda Tangan dan Nama Dokter</i>	

**B. TRAVEL INCONVENIENCE - KETIDAKNYAMANAN DALAM PERJALANAN**

*(Lost of Baggage, Lost of Documents & Passport, Loss of Money and Personal Possession, Delay Baggage, Travel Cancellation, Travel Curtailment, Flight Delay, Extra Re-routing Cost/Replacement Ticket due to Flight Delay, Emergency Travel Expense, Hijack)*

*(Kehilangan Bagasi, Kehilangan Dokumen dan Paspor, Kehilangan Uang dan Barang Pribadi, Keterlambatan Bagasi, Pembatalan Perjalanan, Keterlambatan Penerbangan, Biaya Tambahan Perjalanan Pengganti/Biaya Penggantian Tiket karena Keterlambatan Penerbangan, Biaya Pribadi Pembelian Darurat, Pembajakan)*

Flight Details <i>Detail Penerbangan</i>	Original/Scheduled Flight <i>Penerbangan Awal</i>	Actual Flight <i>Penerbangan yang Sebenarnya</i>
Name of Airline/ <i>Nama Maskapai Penerbangan</i>		
Flight No./ <i>No. Penerbangan</i>		
Place of Departure/ <i>Tempat Keberangkatan</i>		
Place of Arrival/ <i>Tempat Kedatangan</i>		
Departure Date/ <i>Tanggal Keberangkatan</i>		
Departure Time/ <i>Waktu Keberangkatan</i>		

**Details Chronology of Cause, Extent and Outcome of the Accident/Loss:**

*Detail Kronologi Penyebab, Cakupan dan Akibat dari Kerugian:*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**GOODS AND PERSONAL BELONGINGS CLAIM**

*Klaim Barang dan Kepemilikan Pribadi*

DAMAGED/STOLEN ITEM <i>Barang yang Rusak/Hilang</i>	Quantity <i>Jumlah</i>	PRICE <i>Harga</i>	PLACE OF PURCHASE <i>Tempat Pembelian</i>	DATE OF PURCHASE <i>Tanggal Pembelian</i>	RECEIPT <i>Kuitansi</i>	NATURE OF DAMAGE <i>Sifat/Jenis Kerusakan</i>
1.					Yes/Ya No/Tidak	
2.					Yes/Ya No/Tidak	
3.					Yes/Ya No/Tidak	
4.					Yes/Ya No/Tidak	
5.					Yes/Ya No/Tidak	
6.					Yes/Ya No/Tidak	
7.					Yes/Ya No/Tidak	

**C. ADDITIONAL COVERAGE/Jaminan Tambahan**

*(Personal Liability, Contents of Unattended House)*

*(Tanggung Jawab Hukum Pihak Ketiga, Perlindungan terhadap Isi Rumah karena Kebakaran Selama Tertanggung dalam Perjalanan)*

Name of Injured/Owner : .....  
*Nama Pihak Ketiga*

Address : .....  
*Alamat*

Claim Amount : .....  
*Jumlah klaim*

Specification of Loss (Nature of Injury, Kind of Property and Extent of Damage, Chronology/When/Where/How)  
*Perincian kerugian (sifat/jenis cedera, jenis dan cakupan kerugian/kerusakan, kronologi/kapan/di mana/ bagaimana)*

.....

.....

.....

For Liability claim must submit 'Summons Letter' from Third Party/Untuk klaim Tanggung Jawab Hukum Pihak Ketiga **HARUS** menyerahkan 'Surat Tuntutan' Pihak Ketiga

**Bank Transfer Information/Informasi Bank**

Bank Name : ..... Branch : .....  
*Nama Bank Cabang*

Account No. : ..... Account Holder : .....  
*No. Rekening Nama/Pemegang Rekening*

**AGREEMENT OF AUTHORIZATION – SURAT KUASA**

I, the undersigned, hereby irrevocably authorize PT. Asuransi MSIG Indonesia (hereinafter "MSIG") to obtain any and all factual information related to an insurance claim(s) filed or to be filed against MSIG, including but not limited to medical, physical, clinical, mental or psychological condition (hereinafter "Medical Information") of the Insured from any relevant organization or individuals, including but not limited to any hospital(s), clinic(s), physician(s), medical doctor(s), therapist(s), and any other organization(s) or person(s) who will or have attended, examined, inspected or provided medical services of any kind (hereinafter "Medical Service Providers") or any other organizations that has any records or relevant knowledge or information pertaining to my condition.

*Saya, yang bertanda di bawah ini, dengan ini memberi kuasa kepada PT. Asuransi MSIG Indonesia (selanjutnya disebut "MSIG") untuk mendapatkan setiap dan semua informasi faktual terkait dengan klaim Asuransi yang diajukan atau akan diajukan terhadap MSIG, termasuk namun tidak terbatas pada kondisi medis, fisik, klinis, mental atau psikologis (selanjutnya disebut 'informasi medis') dari Tertanggung dari organisasi atau individu yang relevan termasuk namun tidak terbatas pada rumah sakit, klinik, dokter, terapis, dan organisasi lainnya atau perorangan yang akan atau telah melakukan pemeriksaan atau memberikan pelayanan medis apa pun (selanjutnya disebut "Penyedia Layanan Medis") atau organisasi lain yang memiliki catatan atau pengetahuan yang relevan atau informasi yang berkaitan dengan kondisi saya.*

This authorization shall be irrevocable, valid and in effect until the final settlement of insurance claims.

*Surat kuasa ini tidak dapat ditarik kembali, sah dan berlaku sampai penyelesaian klaim asuransi.*

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

*Salinan dari surat kuasa ini dinyatakan sah and efektif sama seperti aslinya.*

Date Name and Signature of Claimant Name and Signature of The Insured  
*Tanggal Nama dan Tanda tangan yang mengajukan klaim Nama dan Tanda tangan Tertanggung*

.....

**SUPPORTING CLAIM DOCUMENT – Kelengkapan Dokumen**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Invoice or Receipt/ <i>Kuitansi atau invoice</i> | <input type="checkbox"/> ID and Passport's Copy/ <i>Salinan paspor atau kartu identitas</i>                          |
| <input type="checkbox"/> Ticket's copy/ <i>Salinan Tiket</i>              | <input type="checkbox"/> Baggage Acceptance Receipt/ <i>Tanda Terima Bagasi</i>                                      |
| <input type="checkbox"/> Boarding Pass/ <i>Boarding Pass</i>              | <input type="checkbox"/> Medical resume/ <i>Resume Medis</i>   |
| <input type="checkbox"/> Police Report / <i>Laporan Polisi</i>            | <input type="checkbox"/> Airlines Statement Letter/ <i>Surat dari Perusahaan Penerbangan</i>                         |
| <input type="checkbox"/> Summons Letter/ <i>Surat Tuntutan</i>            | <input type="checkbox"/> Other Claim Supporting Documents (IF NECESSARY)<br><i>Dokumen Lainnya (jika diperlukan)</i> |