



Travel Insurance Claim Form
Formulir Klaim Asuransi Perjalanan

Policy Polis	<u>Insured</u> : Tertanggung : <u>Type of insurance plan purchased</u> : _____ Tipe asuransi yang dibeli : <u>Date insurance purchased</u> : _____ Tanggal pembelian asuransi :	<u>CEBU Master Policy</u> : No. Polis Induk : 10-404-4000002-00000-2014-03
Flight Details Rincian Penerbangan	<u>Passenger Name Record (PNR) No</u> : _____ No. Rekod Nama Penumpang (RNP) :	<u>Period of Travel</u> : from : to : Periode Perjalanan : Dari : Sampai :
Insured Person Tertanggung	<u>Name</u> : _____ Nama : <u>Address</u> : _____ Alamat : <u>Occupation</u> : _____ Pekerjaan : <u>E-mail address</u> : _____ Alamat E-mail :	<u>Age</u> : _____ Umur : <u>Post Code</u> : _____ Kode Pos : <u>ID/Passport No.</u> : _____ KTP/No. Paspor : <u>Tel No.</u> : _____ No. Telp :
Details of child if claim is for child Data anak jika terjadi pada anak	<u>Name</u> : _____ Nama : <u>Gender</u> : _____ Jenis Kelamin :	<u>Age</u> : _____ Umur : <u>Birth Certificate No.</u> : _____ (Please provide copy of the birth certificate) No. Akte Kelahiran : (Mohon lampirkan salinan akte kelahiran)
Accident/ Incident/Loss Kecelakaan/ Insiden/ Kehilangan	<u>Date & Time of accident</u> : _____ Tanggal & Waktu Kejadian : <u>Please describe how accident occurred</u> : _____ Terangkan bagaimana kecelakaan terjadi : _____ _____ <u>Name and address of any witness</u> : _____ Nama dan alamat saksi mata : _____ _____ <u>Nature and extent of injuries</u> : _____ Cidera yang dialami : <u>Place of police report made</u> : _____ Tempat laporan kepolisian dibuat :	

PT ASURANSI DAYIN MITRA Tbk

WISMA SUDIRMAN Annex . Jl. Jend. Sudirman Kav. 34 . Jakarta 10220 . Indonesia

P. (82-21) 5708889 (Hunting) . F. (82-21) 5709276 (Marketing) / 5708274 (Claim) / 5709268 (Finance) . Website : www.dayinmitra.com



Travel Insurance Claim Form - Continued
Formulir Klaim Asuransi Perjalanan – lanjutan

<p>Please tick (✓) in the box the type of benefits you are claiming :- Mohon tick (✓) kotak jenis jaminan yang anda klaim :-</p>	<p align="center">Amount Claimed Jumlah Klaim</p>
<p>Personal Accident Benefit/Manfaat Kecelakaan Diri</p> <p><input type="checkbox"/> Accidental Death/Kematian Akibat Kecelakaan</p> <p><input type="checkbox"/> Total and irrecoverable loss of sight of an eye or both eyes Kehilangan total fungsi penglihatan atas satu atau kedua mata</p> <p><input type="checkbox"/> Permanent loss of use of one limb or both limbs Kehilangan fungsi tetap atas satu atau kedua-duanya tungkai dan lengan</p> <p><input type="checkbox"/> Total and irrecoverable loss of sight of one eye and loss of use of one limb Kehilangan fungsi tetap penglihatan satu mata dan satu anggota badan</p> <p><input type="checkbox"/> Permanent total disablement, other than loss of sight or limb Cacat tetap total selain kehilangan penglihatan atau kehilangan tungkai dan lengan</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><input type="checkbox"/> Accidental Medical Reimbursement / Biaya Pengobatan akibat kecelakaan (reimbursement expenses for medical expenses incurred due to accident only While travelling) (biaya pengobatan yang timbul karena kecelakaan saat perjalanan)</p>	<p>_____</p>
<p><input type="checkbox"/> Emergency Medical Evacuation & Repatriation Evakuasi Medis dan Pemulangan Jenazah (in the event of accidental injury or death / bilamana terjadi kecelakaan yang berakibat luka-luka atau kematian)</p>	<p>_____</p>
<p><input type="checkbox"/> Flight Cancellation / Pembatalan Penerbangan (Reimbursement for cost of flight if you must cancel an insured trip for covered reasons) (Penggantian biaya penerbangan jika terpaksa membatalkan perjalanan karena alasan yang dijamin)</p>	<p>_____</p>
<p><input type="checkbox"/> Flight Interruption / Gangguan Penerbangan (Reimbursement for returning flight if you must return home for covered reason) (Penggantian biaya penerbangan kembali jika harus pulang lebih cepat karena alasan yang dijamin)</p>	<p>_____</p>
<p><input type="checkbox"/> Flight Delay (state number.....hours) / Penundaan Penerbangan (sebutkan jumlah.....jam) (flat payment for every complete 6 consecutive hours of delay calculating from the original scheduled departure flight time) (Penggantian untuk keterlambatan selama 6 jam secara berturut-turut dihitung sejak jadwal awal jam terbang)</p>	<p>_____</p>
<p><input type="checkbox"/> Other Common Carrier Delay / Keterlambatan Pengangkutan Umum (flat payment for every 6 consecutive hours period of delay in scheduled public transport) (Penggantian untuk keterlambatan selama 6 jam secara berturut-turut pada pengangkutan umum terjadwal)</p>	<p>_____</p>

PT ASURANSI DAYIN MITRA Tbk

WISMA SUDIRMAN Annex . Jl. Jend. Sudirman Kav. 34 . Jakarta 10220 . Indonesia

P. (82-21) 5708889 (Hunting) . F. (82-21) 5709276 (Marketing) / 5708274 (Claim) / 5709268 (Finance) . Website : www.dayinmitra.com



Travel Insurance Claim Form - Continued
Formulir Klaim Asuransi Perjalanan – lanjutan

<input style="width: 100%;" type="text"/>	Luggage and Personal Effects / Bagasi dan Barang Milik Pribadi <u>(cover loss or damage of check-in baggage and clothing, registered personal effects)</u> (menjamin kehilangan atau kerusakan bagasi dan pakaian, barang milik pribadi yang terdaftar)	
<u>Description / Rincian</u>	<u>Date & Place Purchased</u> Tempat & Tanggal Pembelian	<u>Original Cost</u> Biaya Awal
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
		<u>Amount Claimed</u> Jumlah Klaim

We hereby warrant that the above statements are true and correct and that I/We have not withheld from the Company any material information in connection with this claim. I/We further authorise the release of medical information by the doctor should the Company require it. Any photostat copy of this authorisation shall be as effective and valid as the original .
Dengan ini kami menyatakan bahwa semua pernyataan diatas adalah yang sebenar-benarnya dan bahwa Saya/Kami tidak menyembunyikan informasi apapun yang berkaitan dengan klaim. Saya/Kami memberikan kuasa bagi Dokter untuk memberikan informasi medis jika dibutuhkan oleh Perusahaan Asuransi. Salinan fotostat Pemberian Kuasa akan berlaku seperti aslinya.

Date : _____

Tanggal :

Signature of Insured Person or Legal Representative : _____

Tanda Tangan Tertanggung atau Perwakilan :

Name / Nama : _____

ID / Passport No. (No. KTP/Passport) : _____

Relationship with insured Person, if signed by Legal Representative : _____

Hubungan dengan Tertanggung, jika ditandatangani oleh Perwakilan :

PT ASURANSI DAYIN MITRA Tbk

WISMA SUDIRMAN Annex . Jl. Jend. Sudirman Kav. 34 . Jakarta 10220 . Indonesia

P. (82-21) 5708889 (Hunting) . F. (82-21) 5709276 (Marketing) / 5708274 (Claim) / 5709268 (Finance) . Website : www.dayinmitra.com



Claim Supporting Documents Guide for Travel Insurance Claims **Dokumen Pendukung Klaim Asuransi Perjalanan**

Basic documents required (original) / Dokumen dasar yang dibutuhkan (asli) :-

- a. Completed Claim Form / Formulir Klaim yang dilengkapi
- b. Insurance Certificate / Sertifikat Asuransi
- c. Air Ticket & Boarding Pass / Tilet Pesawat & Kartu Boarding

Other documents (original unless stated) and information required for each of the following benefits of claim :- **Dokumen dan informasi lain yang dibutuhkan untuk klaim manfaat berikut ini (asli kecuali dinyatakan lain)**

1. Medical Expenses / Biaya Pengobatan

- a. Medical Bills / Invoices (Tagihan Medis / Kwitansi)
- b. Receipt issued by the clinic / hospital (Tanda terima yang diterbitkan klinik / rumah sakit)
- c. Medical Report / Diagnosis from the attending doctor (Laporan / Diagnosa medis dari dokter yang menangani)

2. Flight Delay / Keterlambatan Penerbangan

- a. Letter from airline confirming the duration of delay from the departure time and reasons for the delay
Surat pernyataan dari operator penerbangan tentang lama keterlambatan keberangkatan dan alasan keterlambatan

3. Flight Cancellation or Interruption / Pembatalan atau Gangguan Penerbangan

- a. Medical Report / Diagnosis from the attending doctor (Laporan / Diagnosa medis dari dokter yang menangani)
- b. Death Certificate if arising from death (Original or Certified true copy)
Sertifikat Kematian jika terjadi kematian (Asli atau salinan legalisir)
- c. If the cause of cancellation / interruption is due to medical condition or death of an immediate family member, to provide Proof of relationship, e.g. Birth Certificate or Marriage Certificate, etc (Certified true copy)
Jika penyebab pembatalan / gangguan adalah akibat kondisi medis atau kematian dari anggota keluarga dekat, diperlukan bukti keterikatan, contohnya akte kelahiran atau akte nikah, dll

4. Other Common Carrier Delay / Keterlambatan Pengangkutan Umum

- a. Pre-Booked Travel itinerary / Pra-pemesanan jadwal perjalanan
- b. Letter from the common carrier confirming the duration of delay from the departure time and reasons for the delay
Surat Pernyataan dari operator pengangkutan umum tentang lama keterlambatan keberangkatan dan alasan keterlambatan

5. Luggage or Personal Effects Damage / Kerusakan Bagasi atau Barang Milik Pribadi

- a. Property Irregularity Report issued by airline / Laporan Ketidakberesan Barang yang diterbitkan operator penerbangan
- b. Letter from airline confirming the damage and their offer of compensation
Surat pernyataan dari operator penerbangan yang menegaskan kerusakan dan tawaran penggantian mereka
- c. Photographs depicting the damage / Foto yang menggambarkan kerusakan
- d. Quotation or receipt for repair / Penawaran atau Tanda Terima perbaikan
- e. Purchase receipts for the item claimed and description of the items, if not shown and, the translation, if not in English
Bukti pembelian untuk barang yang diklaim dan rincian barang, jika tidak diperlihatkan dan terjemahannya jika tidak dalam bahasa Inggris



6. Personal Accident Benefit / Manfaat Kecelakaan Diri

- a. Police Report obtained at the place of accident & official translation of the report, if the report is not in English
Laporan Polisi ditempat kejadian & terjemahan resmi laporan, jika laporan tidak dalam bahasa Inggris
- b. Medical Report / diagnosis from the attending doctor (Laporan / Diagnosa dokter yang menangani)
- c. For the death, to provide Death Certificate, Post Mortem Report and letter of Administration (Certified true copy of each)
Untuk kematian, harus dilengkapi Sertifikat Kematian, Laporan Pasca Kematian dan Surat Administrasi (Salinan Legalisir)

7. Emergency Medical Evacuation & Repatriation / Evakuasi Medis dan Pemulangan Jenazah

- a. Arranged by AA International Inc / Diatur oleh Jaringan AA International Inc
- b. Please contact their 24-hour hotline (+62 21-2927-9629) or Facsimile to (+ 62 21-570-9274) or E-mail to : amin.bahtiar@dayinmitra.com; eha.sholehah@dayinmitra.com; fina.anisa@dayinmitra.com / Mohon menghubungi hotline (+62 21-2927-9629) atau faks ke (+ 62 21-570-9274) atau E-mail ke : amin.bahtiar@dayinmitra.com; eha.sholehah@dayinmitra.com; fina.anisa@dayinmitra.com