

## FORMULIR KLAIM ASURANSI

### INSURANCE CLAIM FORM

# TravelFirst Indonesiana

#### DATA TERTANGGUNG | INSURED DATA

NAMA <small>NAME</small>	:	<input type="text"/>
TANGGAL LAHIR <small>DATE OF BIRTH</small>	:	<input type="text"/>
JENIS KELAMIN <small>SEX</small>	:	<input type="checkbox"/> Laki -Laki <small>Male</small> <input type="checkbox"/> Perempuan <small>Female</small>
NO. KTP/PASPOR <small>ID CARD/PASSPORT NO</small>	:	<input type="text"/>
ALAMAT <small>ADDRESS</small>	:	<input type="text"/>
NO. HP/TELEPON <small>MOBILE PHONE/PHONE NO.</small>	:	<input type="text"/>
ALAMAT EMAIL <small>EMAIL ADDRESS</small>	:	<input type="text"/>
PEKERJAAN <small>OCCUPATION</small>	:	<input type="text"/>
NO. POLIS/SERTIFIKAT <small>POLICY/CERTIFICATE NUMBER</small>	:	<input type="text"/> "PERIODE POLIS/SERTIFIKAT <small>PERIOD OF POLICY/CERTIFICATE"</small> <input type="text"/>
APAKAH ADA POLIS ASURANSI LAIN YANG MENJAMIN RISIKO PERJALANAN ANDA? <small>DOES ANY OTHER INSURANCE POLICY GUARANTEEING THE RISKS OF YOUR TRIP?</small>	:	<input type="checkbox"/> YA <small>YES</small> <input type="checkbox"/> TIDAK <small>NO</small>
	:	<input type="text"/> "NO POLIS ASURANSI <small>POLICY NUMBER"</small> <input type="text"/> "PERUSAHAAN ASURANSI <small>INSURANCE COMPANY"</small> <input type="text"/>

#### DATA PENGAJU KLAIM | CLAIMANT DATA (JIKA PENGAJU KLAIM BUKAN TERTANGGUNG | IF THE CLAIMANT IS NOT THE INSURED)

NAMA <small>NAME</small>	:	<input type="text"/>
JENIS KELAMIN <small>SEX</small>	:	<input type="checkbox"/> Laki -Laki <small>Male</small> <input type="checkbox"/> Perempuan <small>Female</small>
ALAMAT <small>ADDRESS</small>	:	<input type="text"/>
NO. HP/TELEPON <small>MOBILE PHONE/PHONE NO.</small>	:	<input type="text"/>
HUBUNGAN DENGAN TERTANGGUNG <small>RELATIONSHIP TO INSURED</small>	:	<input type="text"/>

#### DATA KERUGIAN YANG TERJADI | LOSS DATA | JENIS KERUGIAN YANG TERJADI | LOSS TYPE (MOHON TANDAII YANG SESUAI | PLEASE MARK THE APPLICABLE)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. KECELAKAAN DIRI ATAU CACAT TETAP<br><small>Personal Accident or Permanent Disability</small>        | <input type="checkbox"/> 8. KETERLAMBATAN BAGASI<br><small>Bagage Delay</small>                        |
| <input type="checkbox"/> 2. BIAYA MEDIS AKIBAT KECELAKAAN<br><small>Medical Expenses due to Accident</small>                    | <input type="checkbox"/> 9. PEMBATALAN PERJALANAN<br><small>Trip Cancellation</small>                  |
| <input type="checkbox"/> 3. BIAYA MEDIS AKIBAT PENYAKIT<br><small>Medical Expenses due to Sickness</small>                      | <input type="checkbox"/> 10. PENGURANGAN PERJALANAN<br><small>Travel Curtailment</small>               |
| <input type="checkbox"/> 4. BIAYA EVAKUASI MEDIS DARURAT<br><small>Emergency Medical Evacuation Costs</small>                   | <input type="checkbox"/> 11. PENUNDAAN PENERBANGAN<br><small>Travel Delay</small>                      |
| <input type="checkbox"/> 5. PEMULANGAN JENAZAH (APABILA DISEBABKAN KECELAKAAN)<br><small>Repatriation (due to accident)</small> | <input type="checkbox"/> 12. TANGGUNG JAWAH HUKUM PIHAK KETIGA<br><small>Third Party Liability</small> |
| <input type="checkbox"/> 6. SANTUNAN PEMAKAMAN<br><small>Funeral Compensation</small>   | <input type="checkbox"/> 13. PEMBAJAKAN<br><small>Hijacking</small>                                    |
| <input type="checkbox"/> 7a. KEHILANGAN ATAU KERUSAKAN BAGASI TERCATAT<br><small>Loss or Damage of Checked Baggage</small>      | <input type="checkbox"/> 14. SANTUNAN MOBIL DEREK<br><small>Tow Truck Compensation</small>             |
| <input type="checkbox"/> 7b. KEHILANGAN BARANG PRIBADI<br><small>Loss or Damage of Personal Belongings</small>                  | <input type="checkbox"/> 15. SANTUNAN MOBIL AMBULANS<br><small>Ambulance Charge Compensation</small>   |

TANGGAL PERJALANAN DIPESAN <small>Date of Travel Booked</small>	:	<input type="text"/>
TEMPAT PERJALANAN DIPESAN <small>Place of Travel Booked</small>	:	<input type="text"/>
JUMLAH YANG TELAH ANDA BAYAR <small>Paid Amount</small>	:	<input type="text"/>
JUMLAH YANG DIBAYARKAN DIKEMBALIKAN OLEH PIHAK LAIN <small>Recoverable Amount</small>	:	<input type="text"/>
JUMLAH YANG DIKLAIM <small>Claimed Amount</small>	:	<input type="text"/>
TANGGAL KEJADIAN <small>Date of Loss</small>	:	<input type="text"/>
TEMPAT KEJADIAN <small>Place of Loss</small>	:	<input type="text"/>
WAKTU KEJADIAN <small>Time of Loss</small>	:	<input type="text"/>



\*(UNTUK NO. 8-11 | FOR NO. 8-11)

**RINCIAN JADWAL PENERBANGAN SEBENARNYA**  
**ORIGINAL FLIGHT DETAILS**
**RINCIAN JADWAL PENERBANGAN PENGGANTI/KETERLAM-  
 BATAN BAGASI NEW FLIGHT/DELAYED BAGGAGE DETAILS**

TANGGAL KEBERANGKATAN DATE OF DEPARTURE

WAKTU KEBERANGKATAN TIME OF DEPARTURE

TEMPAT KEBERANGKATAN PLACE OF DEPARTURE

NO. PENERBANGAN FLIGHT NO.

NAMA MASKAPAI NAME OF AIRLINE(S)

TANGGAL KEBERANGKATAN/BAGASI KEMBALI DATE OF DEPARTURE/RETURNED BAGGAGE

WAKTU KEBERANGKATAN/BAGASI KEMBALI TIME OF DEPARTURE/RETURNED BAGGAGE

TEMPAT KEBERANGKATAN PLACE OF DEPARTURE

NO. PENERBANGAN FLIGHT NO.

NAMA MASKAPAI NAME OF AIRLINE(S)

URAIAN SINGKAT TENTANG KEJADIAN DAN PENYEBABNYA CIRCUMSTANCES

**PERNYATAAN DOKTER | ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (UNTUK SEMUA KLAIM MEDIS | FOR ALL MEDICAL CLAIMS)**

TANGGAL KEDATANGAN DATE OF VISIT

TANGGAL KEJADIAN KECELAKAAN ATAU PENYAKIT TIMBUL  
DATE OF ACCIDENT OR FIRST SYMPTOM OCCURRED

DIAGNOSIS DIAGNOSIS

TANGGAL PASIEN PERTAMA KALI MENYADARI GEJALA  
PENYAKITNYA DATE OF THE FIRST TIME THE PATIENT REALIZES THE SYMPTOM

OBAT-OBATAN YANG DIBERIKAN MEDICINE

TINDAKAN ATAU PERAWATAN MEDIS YANG DIBERIKAN TREATMENT

APAKAH PASIEN SEBELUMNYA TELAH DIDIAGNOSIS ATAU  
DIRAWAT UNTUK PENYAKIT/CEDERA YANG SAMA?HAS THE PATIENT BEEN DIAGNOSED OR TREATED FOR THE SAME/SIMILAR/RELATED  
DISEASE/INJURY? YA YES  TIDAK NOJIKA YA, MENURUT DOKTER/PENJELASAN PASIEN SEJAK KAPAN  
PASIEN TERSEBUT MENDERITA PENYAKIT/CEDERA YANG TELAH  
DIDIAGNOSIS TERSEBUT? (MISAL, 1 TAHUN YANG LALU, 6 BULAN  
YANG LALU, DLL) |IF YES, ACCORDING TO YOU AND/OR PATIENT'S HISTORY PLEASE STATE SINCE WHEN  
THE PATIENT SUFFERING FROM A DISEASE THAT HAS BEEN DIAGNOSED?JELASKAN KOMPLIKASI ATAU PENYAKIT LAIN YANG DAPAT  
PENGARUHI KONDISI SEKARANG EXPLAIN ANY COMPLICATIONS OR OTHER  
DISEASES THAT CAN AFFECT THE CURRENT CONDITIONSAPAKAH PASIEN MELANGGAR NASIHAT DOKTER DALAM  
MELAKUKAN PERJALANANNYA? DID THE PATIENT MAKE TRAVEL  
ARRANGEMENTS AGAINST YOUR MEDICAL OR OTHER PROFESSIONAL ADVICE?APA YANG ANDA KETAHUI DARI PENYAKIT/CEDERA YANG  
DIDERITA PASIEN SEHINGGA PASIEN MEMBUTUHKAN  
PERAWATAN MEDIS YANG DAPAT MENGGANGGU RENCANA  
PERJALANANNYA? WHAT DO YOU UNDERSTAND OF ILLNESS/ INJURY THAT  
CAUSES THE PATIENT TO NEED MEDICAL CARE THAT INTERRUPTS THE TRAVEL PLAN?APAKAH ADA CACAT TETAP YANG DIDERITA OLEH PASIEN?  
IS THERE ANY PERMANENT DISABLEMENT OF THE PATIENT? YA YES  TIDAK NOJIKA YA, MOHON SEBUTKAN PADA BAGIAN TUBUH MANAKAH  
ITU? IF YES, PLEASE MENTION IN WHICH PART OF BODY ?

NAMA DAN ALAMAT DOKTER NAME AND ADDRESS OF THE PHYSICIAN

NAMA NAME : ALAMAT ADDRESS : 

TANGGAL DAN TANDA TANGAN, DATE AND SIGNATURE

TANGGAL DATE : TANDA TANGAN DAN CAP SIGN AND STAMP : 

**KLAIM TANGGUNG JAWAB TERHADAP PIHAK KETIGA | PERSONAL LIABILITY CLAIM (UNTUK KLAIM NO.12 | FOR NO.12)**

NAMA PIHAK KETIGA NAME OF THIRD PARTY

:

ALAMAT & NO. HP/TELEPON PIHAK KETIGA  
ADDRESS & PHONE NO. OF THIRD PARTY

:

JUMLAH YANG DIKLAIM CLAIMED AMOUNT

:

JENIS BARANG YANG RUSAK ATAU CEDERA YANG TERJADI  
TYPE OF PROPERTY DAMAGE OR INJURY

:



**DETAIL PEMERIKSAAN DOKTER / PHYSICIAN DETAILS STATEMENT**

Nama Pasien: <i>Name of Patient</i>		Tanggal Lahir: <i>Date of Birth</i>			
Anamnesa Lengkap: <i>Complete Anamnesa</i>					
Tanggal Konsultasi Pertama: <i>Date of first consultation</i>					
Sejak Kapan Gejala Timbul? <i>When did the symptom(s) start?</i>					
Apakah pasien pernah mendapat pengobatan sebelumnya untuk kondisi ini? Jika ya, kapan? <i>Have the Patient ever had any treatment for the same condition prior to this consultation? If Yes, when?</i>					
Obat-obatan apa yang dikonsumsi secara rutin oleh pasien sebelum konsultasi dengan dokter? Sudah berapa lama? <i>Have the Patient ever had any treatment for the same condition prior to this consultation? If Yes, when?</i>					
Kelainan yang ditemukan pada: <i>Special findings on:</i>					
a. Pemeriksaan jasmani: <i>Physical examination:</i>	Suhu Badan: <i>Temperature:</i>	Tekanan Darah: <i>Blood Pressure</i>	Detak Jantung: <i>Heart Rate:</i>	c. Tingkat Pernafasan <i>Respiratory Rate:</i>	
b. Pemeriksaan Penunjang: <i>Supporting examination:</i>					
Diagnosis: <i>Diagnosis:</i>					
Terapi/tindakan: <i>Treatment/procedure:</i>					
Apakah Anda mengenal Dokter lokal pasien? Sebutkan Nama dan lokasi <i>Do You know patient's local General Practitioner? State name and location</i>					
Apakah pasien datang ke Anda untuk melakukan pemeriksaan rutin/check-up saja? <i>Did the patient come to You only for routine examination/check-up?</i>					
a. Kelainan bawaan <i>Congenital anomalies</i>	<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>	f. Bedah kosmetik atau plastik <i>Cosmetic or plastic surgery</i>	<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>
b. Kondisi keturunan <i>Hereditary condition</i>	<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>	g. Pemeriksaan check-up rutin <i>Routine medical check-up</i>	<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>
c. Kehamilan, kontrasepsi, infertilitas atau sterilisasi <i>Pregnancy, contraception, infertility or sterilization</i>	<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>	h. Gangguan mental atau syaraf <i>Mental or nervous disorders</i>	<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>
d. Pengaruh pemakaian obat atau alkohol <i>The influence of drugs or alcohol</i>	<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>	i. Masalah gigi (apabila ya, apakah gigi yang bermasalah adalah gigi palsu atau asli? jelaskan) <i>Dental Problem (if yes, is the affected teeth sound or natural one? please describe)</i>	<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>
e. Refraksi atau koreksi atas penglihatan <i>Refractive error or correction of eyesight</i>	<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>			

 Tanggal Date :
 

 (.....)  
 Nama Dokter pemeriksa Name of Attending Physician


## SURAT KUASA UNTUK MENGELUARKAN INFORMASI MEDIS LETTER OF ATTORNEY TO RELEASE MEDICAL INFORMATION

SAYA, YANG BERTANDA TANGAN DI BAWAH INI, MENYATAKAN DENGAN SELURUH PENGETAHUAN SAYA BAHWASANYA KETERANGAN YANG TERSEBUT DI ATAS DAN SEMUA LAMPIRANNYA ADALAH SEBENAR-BENARNYA. SELANJUTNYA SAYA SETUJU BAHWA JIKA SAYA MEMBUAT ATAU DALAM PERNYATAAN SELANJUTNYA SEHUBUNGAN DENGAN KLAIM TERSEBUT TERDAPAT UNSUR PEMALSUAN ATAU PENIPUAN ATAU MENDIAMKAN, MENYEMBUNYIKAN ATAU MEMBERIKAN PERNYATAAN YANG SALAH MENGENAI FAKTA DENGAN CARA APAPUN, MAKA POLIS TERSEBUT MENJADI BATAL DAN SEMUA HAK UNTUK MENDAPATKAN GANTI RUGI BERDASARKAN POLIS INI UNTUK KLAIM YANG LALU ATAU PUN YANG AKAN DATANG AKAN HILANG. DAN DENGAN INI SAYA MEMBERIKAN KUASA PADA RUMAH SAKIT, DOKTER ATAU ORANG YANG MERAWAT DAN MEMERIKSA SAYA UNTUK MELENGKAPI INFORMASI KEPADA PT. SOMPO INSURANCE INDONESIA ATAU WAKILNYA YANG BERWENANG, SEMUA KETERANGAN SEHUBUNGAN DENGAN PENYAKIT ATAU CEDERA, RIWAYAT PENGOBATAN, KONSULTASI, PEMBERIAN RESEP ATAU PERAWATAN DAN TURUNAN DARI SEMUA CATATAN MEDIS ATAU SALINAN RUMAH SAKIT. FOTOKOPI DARI SURAT KUASA INI DIANGGAP SAH DAN MEMPUNYAI KEKUATAN HUKUM YANG SAMA DENGAN ASLINYA.

Nama Tertanggung:

Dirawat di Rumah Sakit dari tanggal:

s/d Tanggal:

**SURAT INI BERLAKU SELAMA DIPERLUKAN OLEH PENANGGUNG DALAM PROSES KLAIM YANG SEDANG BERLANGSUNG.**

**Penandatanganan Otorisasi Pelepasan Informasi adalah :**

- Pasien itu sendiri jika usianya 21 tahun ke atas dan pikirannya sehat.
- Orang Tua atau Wali sah jika pasien berusia di bawah 21 tahun.
- Panitia orang atau harta benda yang ditunjuk berdasarkan Undang-Undang Gangguan Mental & Pengobatan (Cap 178) dalam kasus pasien yang tidak waras.

*I, THE UNDERSIGNED, DECLARE THAT THE ABOVE INFORMATION AND ALL ITS ATTACHMENT ARE FULL TRUE AND CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. I FURTHER AGREE THAT IF I HAVE MADE OR IN ANY FURTHER DECLARATION IN RESPECT OF THE SAID CLAIM SHALL MAKE ANY FALSE OR FRAUDULENT STATEMENT OR SUPPRESS, CONCEAL OR FALSELY STATE ANY MATERIAL FACT WHATSOEVER, THE POLICY SHALL BE VOID, AND ALL RIGHTS TO RECEIVER THEREUNDER IN RESPECT OF PAST OR FUTURE CLAIM SHALL BE FORFEITED. AND I HEREBY AUTHORIZE ANY HOSPITAL, PHYSICIAN OR OTHER PERSON, WHO HAS ATTEND OR EXAMINED ME, TO FURNISH PT. SOMPO INSURANCE INDONESIA OR ITS AUTHORIZED REPRESENTATIVES, ANY AND ALL INFORMATION WITH RESPECT TO ANY ILLNESS OR INJURY, MEDICAL HISTORY, CONSULTATION, PRESCRIPTION OR TREATMENT COPIES OF ALL HOSPITAL OR MEDICAL RECORDS. A PHOTOSTATICS COPY OF THIS AUTHORIZATION SHALL BE CONSIDERED AS EFFECTIVE AND VALID AS THE ORIGINAL.*

Insured Name:

Treated at the Hospital from:

To:

**THIS FOLLOWING LETTER IS REQUIRED BY THE INSURER DURING THE CLAIM PROCESS.**

**The signatory of the Authorization for Release of Information shall be :**

- The patient himself/herself if he/she is 21 years of age and above and is of sound mind.
- The parent or lawful guardian if the patient is below 21 years of age
- The committee of person or estate appointed under the Mental Disorders & Treatment Act ( Cap 178) in the case of a patient who is of unsound mind.

## INFORMASI BANK / BANK TRANSFER INFORMATION

NAMA BANK BANK NAME

:

BRANCH OFFICE KANTOR CABANG

:

NOMOR REKENING ACCOUNT NUMBER

:

NAMA PEMILIK REKENING BENEFICIARY NAME

:

Tanggal Date :Nomor Identitas/Paspor  
ID Card / Passport No :

Nama Tertanggung Insured Name

Tanggal Date :Nomor Identitas/Paspor  
ID Card / Passport No :

Nama dan/atau Tanda tangan Wali (jika Pengaju Klaim kurang dari 21 tahun) atau Pengaju Klaim  
Name and/or Signature of guardian (if Claimant is under the age of 21) or Claimant

