

HARTATravel Care– Claim Form

A INSURED / Tetanggung				
POLICY NO. / Polis No :				
Name : <i>Nama</i>	Age : <i>Usia</i>	Sex : <i>L/P</i>	Address : <i>Alamat</i>	Telephone : <i>Telepon</i>
Occupation : <i>Pekerjaan</i>	Nama & Address of Company : <i>Nama & Alamat Perusahaan</i>			
CLAIMANT / Pengaju Klaim :				
Name : <i>Nama</i>	Age : <i>Usia</i>	Sex : <i>L/P</i>	Relationship with insured : <i>Hubungan dengan tertanggung</i>	

B DETAILS OF LOSS / Keterangan – Kejadian :		
TYPE OF LOSS (PLEASE CIRCLE (O)) <i>Jenis Kerugian (Harap Dilingkari)</i>		
1. Medical Expenses <i>Biaya-biaya Medis</i>	5. Personal Accident <i>Kecelakaan Diri</i>	9. Baggage Delay <i>Keterlambatan Bagasi</i>
3. Evacuation Expenses <i>Biaya-biaya Evakuasi</i>	6. Trip Cancellation <i>Pembatalan Perjalanan</i>	10. Baggage & Personal Effects <i>Kehilangan Bagasi & Barang Milik Pribadi</i>
4. Repatriation Expenses <i>Biaya-biaya Repatriasi</i>	7. Trip Curtailment <i>Pengurangan Perjalanan</i>	11. Aircraft Hijacking <i>Pembajakan Pesawat</i>
Daily Hospital Allowances <i>Santunan Harian RS</i>	8. Flight Delay <i>Penundaan Penerbangan</i>	12. Personal Liability <i>Tanggung Jawab Hukum</i>
Date & Time of Loss : <i>Tanggal & Waktu Kejadian</i>	Place : <i>Tempat</i>	
Circumstances : <i>Situasi Kejadian</i>		

C MEDICAL EXPENSES / Biaya-biaya Medis :		
Nature & Condition of Injury or Sickness : <i>Sifat & Kondisi Cedera atau Sakit</i>	Doctor Fee : <i>Biaya Dokter</i>	
Have you had any Prior Treatment for this condition: <i>Pernah Dapat Perawatan Sebelumnya untuk Kondisi ini</i>	Medicine Fee : <i>Biaya Obat-obatan</i>	
<input type="checkbox"/> No / Tidak <input type="checkbox"/> Yes / Ya When / Kapan	Hospital Fee : <i>Biaya Rumah sakit</i>	
Name of Doctor attending you in Indonesia : <i>Nama Dokter Anda di Indonesia</i>	TOTAL : <i>JUMLAH</i>	
Name of Doctor attending you abroad : <i>Nama dokter yang merawat anda diluar negeri</i>		
Name & Address of Hospital : <i>Nama & Alamat Rumah Sakit</i>		
Period in Hospital : <i>Lamanya Perawatan di Rumah Sakit</i>	Days, starting from : <i>Hari, dimulai dari s/d</i>	
THIS SECTION BELOW TO BE COMPLETED BY ATTENDING PHYSICIAN ONLY / Untuk Dilengkapi Oleh Dokter Yang Merawat		
When patient's symptom first appeared : <i>Kapan gejala pertama diketahui</i>	Date : <i>Tanggal</i>	
When patient's first consulted you for this condition : <i>Kapan pasien konsultasi pertama kali kepada anda untuk keadaan ini</i>		
Please describes any other disease or infirmity affecting present condition : <i>Jelaskan kompilkasi atau penyakit lain yang mempengaruhi kondisi sekarang</i>	Sign & Stamp : <i>Tanda Tangan & Cap</i>	
Diagnosis : <i>Diagnosa</i>		

D TRIP CURTAILMENT & CANCELLATION / Pembatalan & Pengurangan Perjalanan :	
(Planned) Departure date : <i>Rencana tanggal keberangkatan</i>	(Actual) Arrival date : <i>Tanggal Pulang</i>
(Planned) Arrival date : <i>Rencana tanggal pulang</i>	
When & where was holiday booked : <i>Kapan & dimana rencana perjalanan dilakukan</i>	
Reason for curtailment or cancellation : <i>Alasan mengapa perjalanan dibatalkan/diperpendek</i>	Amount recoverable : <i>Jumlah uang yang dikembalikan</i>
Amount paid in advance : <i>Jumlah pembayaran yang sudah disetor</i>	Amount to be claimed : <i>Jumlah uang yang akan diklaim</i>

E FLIGHT & BAGGAGE DELAY / Penundaan Penerbangan & Keterlambatan Bagasi :	
(Planned) Arrival time, place and date : <i>Tempat, tanggal dan waktu tiba yang direncanakan (sesuai ticket)</i>	
(Actual) Arrival time, place and date : <i>Tempat, Tanggal dan waktu tiba yang sebenarnya</i>	
Amount emergency items purchased (attached with the original purchased receipts) : <i>Jumlah biaya pembelian kebutuhan darurat (wajib disertai kwitansi)</i>	

F BAGGAGE & PERSONAL EFFECTS / <i>Kehilangan Bagasi & Barang Milik Pribadi</i>				
DAMAGE ITEM <i>Barang yang rusak</i>	QUANTITY <i>Jumlah</i>	DATE OF PURCHASE <i>Tanggal Pembelian</i>	PLACE OF PURCHASE <i>Tempat Pembelian</i>	ACTUAL COST <i>Harga sesudah Depresiasi</i>

G PERSONAL LIABILITY / *Tanggung Jawab Hukum Terhadap Pihak Ketiga*

Name of third party :
Nama pihak ketiga

Address :
Alamat

Type of loss :
Jenis kerugian

Name of attending doctor and hospital :
Nama Rumah Sakit dan Dokter yang merawat

Address :
Alamat

Amount claimed :
Jumlah Kerugian

Any additional information (state amount recovered or recoverable from any other source) :
Keterangan tambahan lainnya (jumlah penggantian yang sudah atau dapat diterima oleh pihak lain)

Telephone No :
Telp. No.

Telephone No :
Telp. No

H PLEASE SUBMIT THIS CLAIM FORM TOGETHER WITH ANY RELATED DOCUMENT INCLUDING BUT NOT LIMITED TO THE FOLLOWING <i>Harap lampirkan diformulir klaim ini dokumen lain yang relevan, termasuk yang disebutkan dibawah ini</i>													
No.	DOCUMENT TO BE COMPLETED <i>Dokumen yang dibutuhkan</i>	BENEFITS / <i>Benefit</i>											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Original Travel Insurance Policy / <i>Polis asli asuransi perjalanan</i>						X	X					
2	All original receipt of hospital fee, doctor fee, ambulance fee, medication fee including prescription etc. / <i>Kwitansi asli pembayaran biaya-biaya ambulan, dokter, rumah sakit/klinik, obat-obatan/copy resep dll.</i>	X			X	X							X
3	All original receipt of previous items purchase / <i>Kwitansi asli pembelian barang</i>										X		
4	All original receipt of emergency items purchase / <i>Kwitansi asli pembelian barang keperluan darurat</i>									X			
5	Original receipt of tour fee, ticket and proof of refund / <i>Kwitansi asli pembayaran biaya-biaya perjalanan/biaya deposit dan bukti pengembalian biaya</i>						X	X					
6	Boarding pass/ <i>Kartu pass untuk naik pesawat/kapal laut/kereta api</i>	X			X				X	X	X	X	X
7	Original ticket of transportation / <i>Tiket asli pesawat/kapal laut/kereta api</i>						X	X					
8	Written statement from airport / <i>Surat keterangan dari pihak bandara</i>										X	X	
9	Written statement from hotel management / <i>Surat keterangan dari pihak hotel</i>									X	X		
10	Written statement from police / <i>Surat keterangan dari pihak kepolisian</i>					X					X		X
11	Property irregularity report from airlines / <i>Surat keterangan dari pihak perusahaan penerbangan</i>								X	X	X	X	
12	Medical certificate/death certificate, Visum At Repertum / <i>Surat/akte kematian & Visum At Repertum</i>					X							
13	Photograph of corpse / <i>Foto jenazah</i>					X							
14	Photograph of damage items / <i>Foto barang-barang yang rusak</i>										X		X
15	Completed claim form / <i>Formulir klaim yang telah diisi lengkap</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	Original medical certificate/medical diagnosis report with respect to any illness or injury / <i>Laporan medis/keterangan diagnosa mengenai penyakit/musibah</i>	X		X	X								X
17	Copy passport / <i>Fotocopy passport</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
18	Copy travel insurance policy / <i>Fotocopy polis asuransi perjalanan</i>	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
19	Copy ticket of transportation / <i>Fotocopy tiket pesawat/kapal laut/kereta api</i>	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
20	Other additional support document related to the incident / <i>Dokumen pendukung tambahan lainnya yang sehubungan dengan kejadian</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

I declare that all foregoing information given by me in this claim form and all its attachments are true and correct. I also agree that if I have made or in any further declaration in respect of the said claim shall make any false or fraudulent statement, conceal or falsely state any material fact whatsoever, then all right to recover under this policy in respect of past or future claims shall be void.

I hereby authorized any hospital, physician or paramedic who has attended and/or examined me, to furnish all the information to PT. Asuransi Harta Aman Pratama Tbk. or its authorized representative, any and all information with respect to any illness or injury, medical consultation, medical history, and copies of all hospital or doctor's medical records. A photostatic copy of this authorization shall be considered as effective and legally valid as the original.

Saya menyatakan bahwa semua keterangan yang saya berikan dalam formulir klaim ini dan semua lampiran-lampirannya adalah benar dan sejujurnya. Saya juga setuju bahwa jika saya membuat atau dalam pernyataan selanjutnya sehubungan dengan klaim tersebut terdapat unsur penipuan atau pemalsuan, menyembunyikan atau memberi pernyataan yang salah mengenai materi fakta dengan cara apapun, maka semua hal untuk mendapatkan ganti rugi berdasarkan polis ini untuk klaim yang lalu dan yang akan datang akan dibatalkan.

Dengan ini, saya memberi kuasa kepada pihak rumah sakit, dokter atau paramedis yang merawat atau memeriksa saya untuk melengkapi semua keterangan kepada PT. Asuransi Harta Aman Pratama Tbk. atau wakilnya yang sah dan berwenang, atas semua keterangan sehubungan dengan penyakit atau cedera, konsultasi medis, riwayat kesehatan, dan salinan dari semua catatan rumah sakit atau dokter. Fotokopi dari surat kuasa ini dianggap sah dan mempunyai kekuatan hukum sesuai dengan aslinya.

Signature of Claimant / Insured
Tanda tangan yang mengajukan klaim / Tertanggung

Date
Tanggal

