

FORMULIR KLAIM ASURANSI PERJALANAN

Silakan kirim semua klaim dan pertanyaan ke: PT. International Services Pacific Cross,
Chase Plaza Tower Lantai 19, Jl. Jend. Sudirman Kav. 21, Jakarta 1290, Indonesia
t. (+ 62.21) 25989878 f. (+ 62.21) 25989879 www.pacificcross.co.id

No. Peserta Asuransi	
No. Klaim (Hanya untuk Perusahaan)	
Nama Pemohon Klaim	
Tanggal Lahir (tanggal/ bulan/ tahun)	
No. Paspor atau KTP	
Alamat Pos	
No. Telepon	
No. Fax	
E-mail	

<input type="checkbox"/> Bagasi & Barang Pribadi	<input type="checkbox"/> Penundaan Bagasi	<input type="checkbox"/> Kehilangan Paspor	<input type="checkbox"/> Uang Pribadi
--	---	--	---------------------------------------

Tanggal	Waktu	Tempat kejadian
Jelaskan terjadinya insiden tersebut		

Jumlah Klaim	Nama Penerima

Mohon berikan rincian barang yang diklaim

Nama Barang	Harga Beli	Tanggal Pembelian

Apakah ada polis asuransi lain yang menjamin barang-barang yang diklaim? Seperti asuransi kartu kredit, asuransi rumah (householder)	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	--------------------------------

Jika ya, berikan informasi berikut.

Nama Perusahaan Asuransi	Kelas Asuransi	No. Polis

Keterangan: mohon lampirkan dokumen pendukung yang terkait untuk menyatakan biaya / kerugian, insiden dan barang yang diklaim seperti laporan ketidakberesan bagasi maskapai penerbangan, laporan polisi asli, kuitansi pembelian asli dari barang-barang yang diklaim.

Biaya Perawatan Medis/ Layanan Bantuan Darurat

Tanggal, waktu dan tempat kejadian		
Kondisi diagnosis/ Penyebab cedera		
Jumlah Klaim		
Adakah polis asuransi lain yang menjamin biaya terkait?	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Jika ya, berikan informasi berikut.		
Nama Perusahaan Asuransi	Kelas Asuransi	No. Polis

Keterangan: Mohon lampirkan laporan kesehatan terkait dan kuitansi biaya pengobatan asli untuk menetapkan biaya.

Biaya Pengurangan/ Pembatalan Perjalanan

Penyebab Klaim		
Jumlah Klaim		
Nama Penerima		
Nama, alamat, nomor telepon dan narahubung Agen Perjalanan		
Adakah polis asuransi lain yang menjamin biaya terkait?	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Jika ya, berikan informasi berikut.		
Nama Perusahaan Asuransi Tertanggung	Kelas Asuransi	No. Polis

Keterangan: Mohon lampirkan dokumen pendukung terkait untuk penetapan biaya dan klaim insiden seperti laporan kesehatan, akta kematian, kuitansi asli dari jumlah yang diklaim, dll.

Penundaan Perjalanan

Tanggal/waktu	Dari	Ke	Nomor Penerbangan

Jadwal Penerbangan		
Jadwal Penundaan		
Alasan Penundaan		
Jam Penundaan		
Adakah polis asuransi lain yang menjamin biaya terkait?	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Jika ya, berikan informasi berikut		
Nama Perusahaan Asuransi Tertanggung	Kelas Asuransi	No. Polis

Keterangan: Mohon lampirkan dokumen pendukung terkait untuk menyatakan jam-jam penundaan seperti salinan pas naik dan/ atau tiket pesawat, konfirmasi dari Maskapai/ Agen Perjalanan.

Kecelakaan Diri

Tanggal	Waktu	Tempat kecelakaan

Jelaskan kronologi terjadinya kecelakaan

Mohon berikan keterangan tentang kerabat terdekat dari Tertanggung

Nama	Usia	Alamat	Hubungan	No. Paspor atau KTP

Keterangan: Mohon lampirkan dokumen pendukung seperti laporan kecelakaan, laporan polisi, sertifikat kematian dan / atau dokumen terkait lainnya. Jika kerabat terdekat adalah anak di bawah umur (berumur di bawah 18 tahun) mohon berikan keterangan khusus dari petugas resmi dan berikan salinan dokumentasi yang mengizinkan orang tersebut untuk bertindak dalam kapasitasnya.

Pernyataan dan Persetujuan

Dengan ini saya memberikan wewenang kepada rumah sakit, dokter, atau orang dan/ atau otoritas lain yang telah merawat atau memeriksa saya, untuk memberikan kepada PT International Services Pacific Cross Indonesia atau perwakilan resminya dan mengizinkan perusahaan asuransi tersebut (atau perwakilannya) untuk melihat setiap dan semua informasi yang diminta sehubungan dengan kerugian, penyakit atau cedera saya, riwayat kesehatan, konsultasi, resep atau perawatan, dan salinan laporan polisi, laporan kecelakaan, laporan ketidakberesan maskapai penerbangan atau jasa pengangkutan lainnya, pernyataan, semua catatan kesehatan atau rumah sakit. Salinan Photostat dari persetujuan ini dianggap efektif dan valid seperti aslinya.

Saya menyatakan sejauh pengetahuan dan keyakinan saya bahwa pernyataan dan keterangan di atas adalah benar dan tepat. Saya selanjutnya memahami dan menyetujui bahwa jika saya telah atau akan membuat pernyataan palsu atau menyembunyian, segala hak saya untuk pemulihan berdasarkan Polis akan hangus.

Tanggal	Tanda Tangan Pemohon Klaim
---------	----------------------------

Lembar Tambahan untuk detail klaim

Hanya untuk Departemen Klaim