



## FORMULIR KLAIM TRAVELMATE

Polis No :

### I. Tertanggung

Nama :	Pekerjaan :
Umur :            L/P :	Nama & Alamat Perusahaan :
Alamat :	
Telepon :	Telepon :

### Pengajuan Klaim

(Tidak Perlu Jika Pegaju Klaim Sama dengan Tertanggung)

Nama :	Alamat :
Umur :            L/P :	Hubungan dengan Tertanggung :

### II. Keterangan Kejadian

Jenis Kerugian : Harap Dilingkari (O)

1. <u>Kecelakaan Diri</u>	7. <u>Penundaan Perjalanan</u>
2. <u>Biaya-biaya Medis</u>	8. <u>Pembajakan</u>
3. <u>Biaya Evakuasi</u>	9. <u>Keterlambatan Bagasi</u>
4. <u>Biaya Repatriasi</u>	10. <u>Kehilangan Begasi</u>
5. <u>Pembatalan Perjalanan</u>	11. <u>Tanggung Jawab Pribadi</u>
6. <u>Pengurangan Perjalanan</u>	

### III.

Kecelakaan / Sakit	Jumlah Klaim
Sifat dan Kondisi Cedera atau Sakit :	Biaya Dokter :
Pernah dapat Perawatan Sebelumnya untuk Kondisi ini :	Obat-obatan :
Tidak:            Ya :            Kapan :	Lain-lain :
Nama & Alamat Dokter Pribadi :	Jumlah :

### Bagian ini Khusus untuk Dilengkapi oleh Dokter :

Diagnosa :	Tanggal :
Kapan Gejala Pertama Diketahui :	Tanda Tangan & Cap :
Kapan Pasien Konsultasi Pertama kali pada Anda :	
Jelaskan Komplikasi atau Penyakit lain yang Mempengaruhi Kondisi Sekarang :	

### IV. Bagasi / Barang-barang Pribadi

Barang Yang Rusak :	Jumlah :	Tanggal Pembelian :	Tempat Pembelian :	Harga Sesudah Depresiasi :
			Jumlah :	

**V. Penundaan Penerbangan & Keterlambatan Bagasi**

Jadwal Kedatangan Tempat, tanggal & Waktu :
Tempat, Tanggal & Waktu tiba sebenarnya :

**VI Biaya-biaya karena Pengurangan Perjalanan & Pembatalan Perjalanan**

Kapan & Dimana Perjalanan Dibooking :	Jumlah Pembayaran Sebelumnya :
Tanggal Kembali / Pembatalan :	Jumlah Uang yang Diklaim :
(Rencana) Tanggal Keberangkatan :	

**VII Tanggung Jawab Pribadi**

<b>Kerusakan Barang</b>	<b>Cedera Tubuh</b>
Nama Pemilik :	Nama Korban Cedera :
Alamat :                      Telepon :	Alamat :                      Telepon :
Jenis Barang & Sifat Kerusakan :	RS. atau Dokter yang merawat, Alamat & Telpon :
Jumlah Kerugian :	Jenis Cedera :

**VIII Keterangan Lain**

Sebutkan Jumlah Penggantian yang Sudah atau Dapat Diterima dari Pihak-pihak lain (Seperti Perusahaan Penerbangan, Hotel, Perusahaan Asuransi Lain atau Pihak Ketiga)
--

**Keterangan Penting**

Untuk klaim terhadap Jaminan Asuransi, Harap lampirkan di Formulir Klaim ini dokumen-dokumen lain yang relevan, termasuk yang disebut dibawah ini :

- 1, Laporan Polisi, Laporan Medis dari Labotarium, Akte Kematian & V.E.T (Apabila Relevan)
- 2, Semua Kwitansi Asli dan Laporan Medis
- 3, Kartu Keluarga, Keterangan Dokter & Akte Kematian (Bila Meninggal), Kwitansi asli & Bukti Pengembalian Biaya yang diterima
- 4, Tiket Asli & Boarding Pass, Keterangan Tertulis dari Perusahaan Penerbangan
- 5, Laporan Polisi, Laporan Kehilangan Barang, dari Perusahaan Penerbangan atau Keterangan dari Hotel, dan semua Kwitansi untuk Pembelian Barang-barang Keperluan Darurat
- 6, Laporan Kehilangan Barang dari Perusahaan Penerbangan Berikut Tanggal dan Waktu Penyerahan Bagasi dan Semua Kwitansi asli untuk Pembelian Barang-barang Keperluan Darurat
- 7, Keterangan Tertulis dari Perusahaan Penerbangan dan Pemerintah Setempat
8. Semua Koresponden & Dokumen-dokumen Sehubungan dengan Kejadian Tersebut

Saya mengatakan bahwa dengan sepengetahuan saya semua keterangan yang saya berikan dalam formulir ini dan semua lampiran-lampiran adalah benar dan sejujurnya. Selanjutnya saya setuju bahwa jika saya membuat atau dalam pernyataan selanjutnya sehubungan dengan klaim tersebut terdapat unsur pemalsuan atau penipuan atau mendiamkan, menyembunyikan atau memberi pernyataan salah mengenai materi fakta dengan cara apapun, maka polis menjadi batal, dan semua hak untuk mendapatkan ganti rugi berdasarkan polis ini untuk klaim yang lalu maupun yang akan datang akan hilang.

Dengan ini saya memberi kuasa pada rumah sakit, dokter, atau orang merawat dan memeriksa saya melengkapi kepada PT Asuransi Dayin Mitra Tbk, atau wakilnya yang berwenang, semua keterangan sehubungan dengan penyakit atau cedera, riwayat pengobatan, konsultasi, pemberian resep atau perawatan dan turunan dari semua catatan rumah sakit. Photo copy dari surat kuasa ini dianggap sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama dengan aslinya.

Tanggal

: