



**TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM**  
**FORMULIR KLAIM ASURANSI PERJALANAN**

Attending Physician's Statement / Pernyataan Dokter (for all medical claim / untuk semua klaim medis)		
Date of visit / Tanggal kedatangan	:	
Date of the accident or first symptom occurred / Tanggal kejadian kecelakaan atau penyakit timbul	:	
Diagnose / Diagnosa	:	
On what date the patient become aware of their symptoms / Kapan pasien pertama kali menyadari gejala penyakitnya?	:	
Medicine / Obat-obatan yang diberikan	:	
Treatment / Tindakan atau perawatan medis yang diberikan	:	
Has the patient previously been investigated, diagnosed or treated in respect for same/similar/related illness/injury? / Apakah pasien sebelumnya telah didiagnosis atau dirawat untuk penyakit/cedera yang sama?	:	Yes / Ya *                      No / Tidak
*If yes, according to you and/or patient history please state since when the patient suffering the above diagnose? (example, ±1year ago, 6months ago, etc) / Jika ya, menurut Dokter/penjelasan pasien sejak kapan pasien tersebut menderita diagnosa di atas? (misal, ± 1 tahun yang lalu, 6 bulan yang lalu, dll)	:	
Describe any other disease or infirmity affecting present condition /Jelaskan komplikasi atau penyakit lain yang dapat mempengaruhi kondisi sekarang	:	
Did the patient make travel arrangements againts your/other medical professional advice? / Apakah pasien telah melanggar nasihat dokter dalam melakukan perjalanannya?	:	Yes / Ya *                      No / Tidak
What do you understand to be the illness/injury which resulted in the need to seek medical care/interrupt the patient's travel plans / Apa yang anda ketahui dari penyakit/cedera yang diderita pasien sehingga pasien membutuhkan perawatan medis yang dapat mengganggu rencana perjalanannya?	:	
Is there any permanent disablement of the patient? / Apakah ada cacat tetap yang diderita oleh pasien?	:	Yes / Ya *                      No / Tidak
*If yes, please mention in which part of body? / Jika ya, mohon sebutkan pada bagian tubuh manakah itu?	:	
Name and address of the Physician / Nama dan alamat Dokter		Date and Signature / Tanggal dan Tanda tangan
Name / Nama:		Date / Tanggal:
Address / Alamat:		Sign and stamp / Tanda tangan dan cap:

Personal Liability Claim/ Klaim Tanggung Jawab Terhadap Pihak Ketiga (for/untuk Bagian I)	
Name of third party / Nama pihak ketiga	:
Address & Phone No. of third party / Alamat & No.HP/Telepon pihak ketiga	:
Amount Claimed / Jumlah yang diklaim	:
Type of property damage or injury / Jenis barang yang rusak atau cedera yang terjadi	:

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 recover 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. Asuransi Allianz Utama 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. I am also authorize PT. Asuransi Allianz Utama Indonesia or its authorized representatives in respect to my claim to obtain my personal information to the related parties. A photostatics copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

Saya, yang bertanda tangan dibawah 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 ataupun 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. Asuransi Allianz Utama 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. Saya juga memberikan kuasa kepada PT. Asuransi Allianz Utama Indonesia atau wakilnya yang berwenang untuk mendapat informasi atas nama saya kepada pihak lain sehubungan dengan klaim yang saya ajukan. Fotokopi dari surat kuasa ini dianggap sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama dengan aslinya.

**Data Privacy**

By signing this claim form, I consented that my personal data will be used by PT Asuransi Allianz Utama Indonesia ("Allianz"), its affiliates, and/or appointed third parties to facilitate my claim process. Please visit Allianz website at <http://www.allianz.co.id/data-privasi/prinsip-privasi> to view Allianz Privacy Statement.

**Privasi Data**

Dengan menandatangani formulir klaim ini, saya menyetujui data pribadi saya akan digunakan oleh PT Asuransi Allianz Utama Indonesia ("Allianz") maupun afiliasinya dan/atau pihak ketiga yang ditunjuk untuk memfasilitasi proses klaim saya. Silahkan kunjungi website Allianz di <http://www.allianz.co.id/data-privasi/prinsip-privasi> untuk melihat Pernyataan Privasi Allianz.

Place and Date / Tempat dan Tanggal :

Signature / Tanda tangan :

Name of the Insured (Claimant) / Nama Tertanggung (Pengaju Klaim) :