Tune Protect Travel Takaful – AirAsia – CLAIM FORM

IMPORTANT INSTRUCTIONS/ *PANDUAN PENTING*:
1. Please contact the assistance hotline immediately ***+6221 1500 987*** in case you need emergency assistance while travelling. Failure to call may be ground for denial of the claim. ***Segera hubungi nomor darurat kami +6221 1500 987 apabila anda membutuhkan bantuan darurat dalam perjalanan. Keterlambatan dalam pelaporan klaim dapat menyebabkan penolakan pada klaim tersebut.*** 2. For claims processing, all necessary documents have to be submitted. The company reserves the right to request additional documents as deemed necessary. ***Pada proses klaim, semua dokumen yang dibutuhkan wajib diserahkan. Asuransi memiliki hak untuk meminta dokumen tambahan apabila diperlukan.*** 3. Submission of required documents does not guarantee approval of your claim. The submitted documents will be received and evaluated, subject to limits, terms and conditions of your existing Travel Policy. ***Pemenuhan dari dokumen yang dibutuhkan bukan merupakan jaminan penggantian klaim. Dokumen yang diserahkan akan dianalisa dan dievaluasi, berdasarkan limit, syarat dan kondisi dari Polis Perjalanan anda.***

PATICIPANT INFORMATION/ *DATA PESERTA*		
Name of Paticipant ***Nama Peserta***	Age ***Usia***	Sex ***Jenis Kelamin***
	Policy No. ***No. Polis***	
Address ***Alamat***	Telephone No. ***No. Telephone***	
	Mobile Phone No. ***No. Ponsel***	
Email Address ***Alamat Email***	Office Phone No. ***No. Telepon Kantor***	

CLAIMANT INFORMATION/ *DATA PENGAJU KLAIM*		
Name of Claimant ***Nama Pengaju Klaim***	Age ***Usia***	Sex ***Jenis Kelamin***
Address ***Alamat***	Policy No. ***No. Polis***	
	Telephone No. ***No. Telephone***	
	Mobile Phone No. ***No. Ponsel***	
Email Address ***Alamat Email***	Office Phone No. ***No. Telepon Kantor***	
Relationship with the Paticipant ***Hubungan dengan Peserta***		

LOSS/*KERUGIAN*
Type of Loss ***Jenis Kerugian***
Date and Time of Loss ***Tanggal dan Waktu Kerugian***
Place of Loss ***Tempat terjadinya kerugian***

ZURICH

Chronology of Loss
Kronologi terjadinya kerugian

DETAILS OF INJURY OR SICKNESS/ *RINCIAN CEDERA ATAU PENYAKIT*

Nature and Condition of Injury or Sickness
Sifat dan kondisi cedera atau sakit :

Place/ Address where injury or sickness occurred
Tempat/Alamat dimana cedera atau sakit terjadi:

TO BE FILLED BY CONSULTING PHYSICIAN/*DIISI OLEH DOKTER YANG MEMERIKSA*

Hospitalization/ Consultation Dates
Tanggal Konsultasi/Perawatan :

Name of Hospital ***Nama Rumah Sakit*** :	Attending Physician ***Dokter yang Memeriksa*** :
Hospital Address ***Alamat Rumah Sakit***:	Phone Number : ***No. Telephone***
	Fax Number: ***No. Fax***

Date/s when patient had any prior treatment of the same illness?
Tanggal pasien mendapatkan perawatan sebelumnya untuk penyakit yang sama?

Anamnesa
Anamnesa

Physical Examination
Pemeriksaan Fisik

Primary Diagnosis
Diagnosa Utama

Additional Diagnosis
Diagnosis Tambahan

Therapy
Terapi

I, as the consulting physician, have treated this patient and confirmed that information is true and complete to the best of my knowledge and
Belief
Saya, dokter yang merawat/memeriksa dengan ini menyatakan keterangan diatas adalah benar dan lengkap menurut pengetahuan dan
keyakinan saya.

_____, _____

_____

Stamp, Name, Signature of Physician
Stempel, Nama, Tanda tangan & Alamat Dokter

DECLARATION AND AUTHORIZATION/*DEKLARASI DAN SURAT KUASA*

- I declare that all information given above is true and complete to the best of my knowledge and belief
  Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh keterangan yang saya berikan adalah benar dan sah

- I hereby authorize the Medical Practitioner(s) or Doctor(s) who has ever medically attended the Paticipant, or any Hospital/Clinics, Companies, and other Organizations, Institution and Individual to discuss and disclose any or all relevant knowledge or information pertaining to my condition which acquired by PT Zurich General Takaful Indonesia or their Authorized Representative.

  Dengan ini saya memberi kuasa, kepada setiap Dokter, Rumah Sakit/ Klinik, Perusahaan dan Organisasi lain, Institusi ataupun perorangan yang mengetahui keadaan atau kesehatan pemegang polis untuk membahas dan mengungkap setiap dan semua informasi yang berkaitan dengan kondisi saya kepada PT Zurich General Takaful Indonesia atau mereka yang mewakilinya.

- I hereby authorize PT Zurich General Takaful Indonesia or its Authorised Representative to collect, use, record, and/or disclose any personal data of the Paticipant and/or the Claimant, to appropriate third parties in or outside the Republic of Indonesia, including its service providers to provide the Paticipant and/or the Claimant with services required of PT Zurich General Takaful Indonesia, including evaluating, processing, administering and/or managing the claims. Furthermore, I hereby consent to PT Zurich General Takaful Indonesia recording, using and disclosing such personal data in this way.

  Dengan ini saya memberikan kuasa kepada PT Zurich General Takaful Indonesia untuk mengumpulkan, menggunakan, menyimpan, dan mengungkapkan data pribadi pemegang polis dan orang yang mengajukan klaim, kepada pihak ketiga yang layak baik di dalam maupun di luar wilayah Republik Indonesia, termasuk pada para penyedia jasanya untuk melaksanakan pelayanan atas nama PT Zurich General Takaful Indonesia. Selanjutnya, Saya setuju bahwa PT Zurich General Takaful Indonesia dapat menyimpan, menggunakan dan mengungkapkan data pribadi tersebut dengan cara yang demikian.

- If the claim I submitted exceed the benefit limit on the policy, PT Zurich General Takaful Indonesia will only cover the claim for maximum the limit of benefits.

  Jika klaim yang saya ajukan melebihi batas manfaat dalam polis yang saya miliki, PT Zurich General Takaful Indonesia hanya akan membayar manfaat klaim setinggi-tingginya sesuai batas manfaat yang tertera dalam polis.

Name and Signature of Claimant ***Nama dan Tanda tangan Pengaju Klaim***	Date ***Tanggal***
	ID Card/Passport No. ***Nomor Identitas/Paspor***