

FORMULIR KLAIM ASURANSI PERJALANAN

PETUNJUK PENTING :

1. Hubungi (+62 21 29279600) untuk mendapatkan bantuan darurat.
2. Untuk dapat memproses klaim, seluruh kelengkapan dokumen klaim harus dikirimkan kepada Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Asuransi berhak untuk meminta dokumen tambahan apabila diperlukan.
3. Dokumen klaim yang lengkap tidak menjamin klaim akan disetujui. Perusahaan Asuransi berhak untuk memeriksa dan mengevaluasi sesuai limit, syarat dan kondisi Polis.
4. Formulir klaim dan seluruh kelengkapan dokumen klaim lainnya wajib dikirimkan paling lambat 30 hari sejak tanggal berakhirnya Polis. Jika dokumen klaim tidak dikirim sampai dengan batas waktu yang telah ditentukan maka proses klaim tidak dapat dilanjutkan.

DATA TERTANGGUNG

Nama :	Usia :	Jenis Kelamin :
Alamat :	Nomor Polis :	
	Telp Rumah :	Telp Kantor :
E-mail :	Fax :	No HP :

DATA PEMOHON (DIISI JIKA BERBEDA DENGAN TERTANGGUNG)

Nama :	Usia :	Jenis Kelamin :
Alamat :	Telp Rumah :	Telp Kantor :
	No HP :	Tanggal Lahir :
Hubungan dengan Tertanggung :	E-mail :	

JENIS KERUGIAN

Mohon beri tanda [✓] pada jenis kerugian yang terjadi (bisa lebih dari satu pilihan) :

- BIAYA MEDIS & KEADAAN DARURAT**
 PEMBATALAN & PENGURANGAN PERJALANAN
 KEHILANGAN BARANG & PENERBANGAN YANG TERTUNDA
 KECELAKAAN DIRI
 TANGGUNGJAWAB HUKUM TERHADAP PIHAK KETIGA
 KERUGIAN LAIN-LAIN

DAFTAR DOKUMEN KLAIM

Persyaratan dokumen yang harus dilengkapi dapat dilihat di lampiran **DAFTAR DOKUMEN KLAIM**

BUKTI / KWITANSI PEMBAYARAN

No Bukti / Kwitansi Pembayaran	Rincian	Jumlah

Nama penerima pembayaran yang muncul di kwitansi :

Jika penerima pembayaran bukan Tertanggung, jelaskan hubungan dengan Tertanggung :

Jumlah klaim yang diajukan : _____ (_____)

Untuk proses pembayaran klaim yang disetujui, mohon memberikan rincian informasi rekening bank Anda.

Nama Pemilik Rekening Bank :	
Alamat Bank :	
No Rekening Bank :	Jenis Rekening Bank :
Hubungan dengan pasien (Jika pemilik rekening bukan pasien) :	
Catatan : Biaya transfer antar bank akan dikurangi dari klaim yang disetujui.	

SURAT KUASA, PERNYATAAN PEMBEBASAN & DEKLARASI

SURAT KUASA : Saya memberi kuasa kepada LippoInsurance dan perwakilan yang resmi untuk meminta dan menerima informasi, dokumen atau rekaman dari rumah sakit, klinik, laboratorium, dokter clinic, laboratory, dokter yang merawat dan penyedia pelayanan kesehatan lain, dimana informasi dan dokumen yang berhubungan dengan hasil tes laboratorium, riwayat medis dan/atau pengobatan yang berhubungan dengan klaim ini, dan hal lain yang berhubungan.

PEMBEBASAN & SUBROGASI : Pembayaran yang diterima oleh saya dalam kaitannya dengan klaim ini akan merupakan pembayaran penuh, final dan lengkap.

Saya setuju bahwa Perusahaan mengambil alih untuk hak-hak saya dari pemulihan pada semua klaim dan hak tindakan terhadap pembayaran yang dilakukan dan / atau pada perhitungan kerugian yang terjadi atau yang mungkin ditimbulkan oleh Perusahaan terhadap setiap orang, perusahaan atau entitas sehubungan dengan klaim ini dan saya juga setuju untuk mengizinkan Perusahaan untuk memulai semua tindakan hukum dan proses yang diperlukan untuk melaksanakan klaim atau pemulihan daripadanya dengan usaha apapun untuk memperpanjang kerjasama atau bantuan bila diperlukan.

DEKLARASI : Saya menyatakan bahwa semua data/ Pernyataan disini dan semua halaman di formulir ini adalah lengkap dan benar, dimana diisi/ditulis oleh saya atau oleh orang lain atas nama saya, akan mengikat saya, dan jumlah pengajuan klaim disini adalah sah sesuai syarat dan ketentuan dari Polis.

Tanda tangan dan nama lengkap
Pasien atau Tertanggung

Tanggal

DIISI OLEH LIPPO INSURANCE

Nomor referensi :	HASIL PENGAJUAN KLAIM
Hasil evaluasi :	Disetujui <input type="checkbox"/> Ditolak <input type="checkbox"/>
	Diproses oleh : _____ Tanda tangan dan nama lengkap
	Disetujui oleh : _____ Tanda tangan dan nama lengkap