

FORMULIR KLAIM

PETUNJUK

1. Formulir ini harus diisi dengan lengkap dan ditanda-tangani oleh Pemohon
2. Untuk dapat memproses klaim, semua dokumen harus dikirimkan kepada Perusahaan Asuransi dan Perusahaan berhak untuk meminta dokumen tambahan apabila diperlukan
3. Penyerahan dokumen klaim tidak menjamin klaim dapat disetujui. Perusahaan berhak untuk memeriksa dan mengevaluasi sesuai limit, syarat dan kondisi Polis

DATA TERTANGGUNG	
Nomor Polis	:
Periode Polis	:
Nama Tertanggung	:
Usia	:
Jenis Kelamin	:
Alamat	:
Alamat e-mail	:
DATA PEMOHON	
Nama Pemohon	:
Tanggal Lahir	:
Jenis Kelamin	:
Alamat	:
Hubungan dengan Tertanggung	:
No Telepon / Handphone	:
Alamat e-mail	:
JENIS KERUGIAN	
Berikan Tanda Silang pada Jenis Kerugian yang Diklaim	
KECELAKAAN DIRI	PERLINDUNGAN PERJALANAN
<input type="checkbox"/> Meninggal Dunia dan Cacat Tetap	<input type="checkbox"/> Pembatalan Perjalanan
<input type="checkbox"/> Biaya Medis Perawatan / Pengobatan	<input type="checkbox"/> Penundaan Perjalanan
<input type="checkbox"/> Biaya Evakuasi Medis Darurat	<input type="checkbox"/> Kehilangan Bagasi dan Barang Pribadi
<input type="checkbox"/> Repatriasi	<input type="checkbox"/> Pembajakan Pesawat
<input type="checkbox"/> Santunan Harian	
TANGGUNG JAWAB HUKUM	
<input type="checkbox"/> Tanggung Jawab Hukum Pribadi	
DATA KLAIM	
Tempat Kejadian	:
Tanggal Kejadian	:
Kronologis kejadian	:
Apakah kejadian tersebut dilaporkan kepada petugas kepolisian? Jika "Ya" maka jelaskan kantor Polisi mana?	
Apakah kejadian tersebut dilaporkan kepada petugas berwenang (contoh : Pihak Pengangkutan/Manajemen Hotel)? Jika "Ya" maka jelaskan!	
Dalam hal tuntutan biaya pengobatan, dimana Tertanggung melakukan pemeriksaan?	
Nama Dokter	:
Diagnosa Dokter	:
Rincian Kerugian yang diderita dan nilainya :	

FORMULIR KLAIM

Untuk proses pembayaran klaim yang disetujui, mohon diinformasikan data sebagai berikut :

Nama Rekening Bank :
Nama Bank :
Nomor Rekening :

Dengan ini saya menyatakan bahwa keterangan di atas adalah benar dan lengkap. Saya juga memberi kuasa kepada setiap Praktisi Medis, Rumah Sakit, atau Klinik dimana saya telah diperiksa atau dirawat, untuk memberikan keterangan lengkap kepada PT Lippo General Insurance Tbk. Copy dari Surat Pernyataan ini berlaku seperti aslinya.

_____ , 20

Tanda Tangan yang Mengajukan Klaim