

**SURAT PERMINTAAN PENUTUPAN ASURANSI
MYTRAVEL INSURANCE**

1. Nama Lengkap :
(sesuai KTP/ Paspor)
2. Warga Negara : Indonesia Asing
3. Jenis Kelamin : Perempuan Laki-Laki
4. Tanggal Lahir : tgl bln thn
5. Alamat bertanggung :
6. No. Telp/ Hp :
7. Pekerjaan : Jabatan.....
8. Sumber Penghasilan : Gaji Bulanan Wirausaha Lainnya,sebutkan.....
9. Pendapatan per tahun : < 100 Juta >500 Juta – 1 Milyar
 >100 Juta – 500 Juta >1 Milyar
10. Nomor Identitas :
(KTP/ Paspor)
11. Tujuan Perjalanan : Domestik / Internasional *), sebutkan tujuan / negara tujuan
.....
12. Tanggal Berangkat :
13. Tanggal Kembali :
14. Anggota Keluarga yang diasuransikan (jika ada)

Hubungan	Jenis Kelamin	Warga Negara	Tanggal Lahir	Nomor Identitas **)
Istri/Suami*)				
Anak 1				
Anak 2				

Telitilah kembali dengan seksama sebelum anda menandatangani surat permintaan penutupan asuransi ini apakah telah dijawab dengan lengkap dan benar.

Yang bertanda tangan di bawah ini :

- a. Menyatakan bahwa keterangan-keterangan tersebut diatas dibuat dengan sejujur-jujurnya dan sesuai dengan keadaan sebenarnya.
- b. Menyadari bahwa keterangan-keterangan tersebut akan digunakan sebagai dasar serta merupakan bagian dari polis yang akan diterbitkan, oleh karenanya ketidakbenarannya akan mengakibatkan batalnya pertanggungan dan ditolaknya setiap klaim oleh penanggung.
- c. Mengerti bahwa pertanggungan yang diminta ini baru berlaku setelah mendapat pemberitahuan persetujuan dari penanggung.

....., 20....

(.....)
Tertanggung

(.....)
Marketing Officer

Catatan:

) coret yang tidak perlu

**) KTP / Paspor

**MyTravel Insurance Claim Form
Personal Accident & Medical Benefit**

This issue of this form is not an admission of liability and is without prejudice.

ALL QUESTIONS IN THIS SECTION MUST BE ANSWERED

Policy No. :

Name of Insured : (Mr/Mrs/Miss/Ms*)

Occupation :

Date of Birth :

Period of Journey : to.....
(For prompt settlement please attach original or photostat copy of Insurance Certificate)

Address :

Telephone : Home Business.....

Name of Claimant :

Age : Sex.....

Relationship w/ Insured :

IF CLAIMING UNDER A CORPORATE TRAVEL POLICY THE FOLLOWING SECTION IS TO BE COMPLETED BY AN AUTHORISED OFFICER OF THE INSURED COMPANY

1. Name of Insured Company :
2. Insured's relationship to Company :
3. Did the loss occur whilst on Authorized Business Travel?
Was an air trip involved in the travel?
4. Details of Journey : From Departure Date.....
To Return Date.....

Signed..... Position Held.....

INFORMATION AUTHORITY AND WARRANTY

I,.....(Name of signature)
hereby authorize any hospital, physician or other person who has attended me, or my employer or my
accountant to furnish PT. Asuransi Artarindo or its representatives with :

- i. All copy hospital and medical reports/notes;
- ii. All copy employment records and income tax returns; and
- iii. All information pertaining to my medical history (any sickness or diseases or injury, consultation,
prescription or treatment), employment history and income tax returns.

I agree that Photostat copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original
and specifically authorize its use as such.

I declare and warrant that the foregoing particulars are true and correct in every detail and acknowledge
that the PT. Asuransi Artarindo relies upon the truthfulness of the particulars supplied by me in respect
of the claim.

PRIVACY CONSENT

I consent to PT. Asuransi Artarindo :

- a) Collecting and using my personal information for the purposes of administering my claim
including investigating, assessing and paying any claim made by or against me or my behalf.
- b) Disclosing my personal information to related entities of PT. Asuransi Artarindo, staff members
of PT. Asuransi Artarindo located outside Indonesia, other insurers and reinsurers, insurance
reference bureaus, law enforcement agencies, investigators, lawyers, assessors, repairers,
advisers and the agent of any of these, insurance brokers, insurance agent or other
intermediary for the purposes of administering my claim or providing a report.
- c) I understand that a copy of Travel Insurance policy statement may be obtained by writing to
PT. Asuransi Artarindo.

I also declare that I have :

1. No other travel insurance with any insurance company*
2. Travel insurance with (name of insurance company)*
*Please delete whichever is not applicable.

Date.....

Signature.....

SECTION A – PERSONAL ACCIDENT

Type of injury or sickness :

Date of accident or commencement of sickness :

Injury - Give full details of Accident :

Date of first medical consultation :

Name of Doctor or Hospital :

Details of other treatment by Doctors/Hospital :

Have you ever suffered from the same or similar complaint in the past? Yes/No

If Yes, give details, dates, etc. :

What was the cause of death? :

**SECTION B – MEDICAL BENEFIT
(MEDICAL EXPENSES, EVACUATION & REPATRIATION, COMPASSIONATE VISIT, RETURN OF MINOR CHILD)**

Type of injury or sickness :

Date of accident or commencement of sickness :

Injury - Give full details of Accident :

Date of first medical consultation :

Name of Doctor or Hospital :

Details of other treatment by Doctors/Hospital :

Dates in Hospital : Admitted : / / am/pm
Discharged : / / am/pm

Have you ever suffered from the same or similar complaint in the past? Yes/No

If Yes, give details, dates, etc. :

What was the cause of death? :

**MyTravel Insurance Claim Form
Travelling Convenience**

This issue of this form is not an admission of liability and is without prejudice.

ALL QUESTIONS IN THIS SECTION MUST BE ANSWERED

Policy No. :

Title : (Mr/Mrs/Miss/Ms*)

Name of Insured :

Occupation :

Date of Birth :

Period of Journey : to.....
(For prompt settlement please attach original or photostat copy of Insurance Certificate)

Address :
.....

IF CLAIMING UNDER A CORPORATE TRAVEL POLICY THE FOLLOWING SECTION IS TO BE COMPLETED BY AN AUTHORISED OFFICER OF THE INSURED COMPANY

1. Name of Insured Company :
2. Insured's relationship to Company :
3. Did the loss occur whilst on Authorized Business Travel?
- Was an air trip involved in the travel?

SECTION C1 – BAGGAGE AND PERSONAL EFFECT (Please furnish police report and Original purchase receipts)

Item	Description	When and Where Purchased	Original Purchase Price	Depreceiation	Amount Claimed

cancellation
Amount paid by You :
Total Refund :
Amount Claimed :

SECTION C6 & C7 – TRIP CANCELLATION AND LOSS OF DEPOSIT (Please attach documents from

When and where was holiday :
Booked
Intended Departu Date :
Date of Cancellation :
What caused the trip :
cancellation

DOKUMEN KLAIM MYTRAVEL INSURANCE

No.	DOKUMEN	A1		A2		B1	B2	B3	B3		B4		B5		B6	B7	C1	C2	C3
		a	b	a	b				a	b	a	b	a	b					
1	Polis MyTravel Insurance	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
2	Formulir Klaim MyTravel Insurance	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
3	Copy Surat Keterangan Kematian dari Rumah Sakit / Rumah Duka	√	√	√	√						√	√	√	√					
4	Copy Resume Dokter	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√				
5	Asli Invoice Dokter / Rumah Sakit					√	√		√	√									
6	Asli Surat Keterangan dari Kepolisian dan/atau Visum at Repertum	√*	√*	√*	√*										√*	√			
7	Asli Invoice pembelian / perbaikan barang hilang / rusak																√		
8	Copy Boarding Pass	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
9	Asli Keterangan keterlambatan bagasi dari Airlines																	√	
10	Asli Tanda terima bagasi																	√	
11	Asli Keterangan dari Airlines atas penundaan penerbangan																		√
12	Asli Keterangan dari Airlines atas pembatalan penerbangan																		√
13	Receipt of Deposit																		
14	Asli Keterangan dari Airlines dan berita dari media atas pembajakan																		
15	Kronologis kejadian	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
16	Surat Keterangan dari Golf Club tentang Hole in One																		
17	Asli Keterangan dari penyelenggara tour	√	√	√	√						√								
18	Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK) Tertanggung	√	√	√	√								√	√					
19	Kartu Tanda Penduduk (KTP) Beneficiary	√		√									√						
20	Dokumen Pemulangan Jenazah	√	√	√							√								
21	Copy Paspor yang ada stempel Imigrasi	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
22	Invoice yang berhubungan dengan Pemulangan Jenazah	√									√								
23	Asli Keterangan dari Kantor tempat bekerja		√		√														
24	Asli Pernyataan Dokter untuk Rawat Inap					√	√	√	√			√				√			
25	Asli Surat Keterangan Ahli Medis mengenai Cacat Tetap		√		√														
26	Asli Surat Keterangan Rekomendasi dari Rumah Sakit / Dokter									√		√				√			
27	Asli seluruh Invoice pengeluaran evakuasi									√									
28	Asli Bukti pembelian tiket											√	√	√	√				
29	Asli Foto																	√	
30	Asli Keterangan dari pihak RT / RW setempat																		
31	Asli Rincian Biaya dan Invoice akomodasi / pembelian															√			
32	Asli Rincian Barang yang rusak dan tidak rusak berikut Type, Merk, Jenis, Tahun Beli, dan Harga Beli																	√	
33	Asli Rincian Barang yang hilang dan tidak hilang berikut Type, Merk, Jenis, Tahun Beli, dan Harga Beli																	√	
34	Asli Surat tuntutan dari Pihak Ke-3																		
35	Asli Bukti Sewa Mobil																		
36	Biaya Pengurusan Surat Perjalanan ke KBRI																		
37	Asli Keterangan tidak ada asuransi / pihak lain yang menjamin					√	√			√						√	√		
38	Copy Surat Izin Mengemudi (SIM)																		
39	Asli Tagihan Kartu Kredit / Telpon / HP																		

Note : Permintaan dokumen tersebut merupakan panduan dan tidak menutup kemungkinan akan memerlukan dokumen tambahan tergantung informasi yang diberikan oleh dokumen tersebut memadai atau tidak.

KETERANGAN

A1	a	Meninggal Dunia akibat Kecelakaan	B4	a	Evakuasi medis darurat
	b	Cacat Tetap akibat Kecelakaan		b	Repratiasi
A2	a	Santunan tunai Meninggal akibat Kecelakaan	B5	a	Kunjungan perjalanan apabila Rawat Inap lebih dari 5 hari
	b	Santunan tunai Cedera akibat Kecelakaan		b	Kunjungan perjalanan apabila Meninggal Dunia
B1		Biaya perawatan medis akibat Kecelakaan dan sakit	B6		Pengembalian Anak
B2		Perawatan Lanjutan di dalam Negeri	B7		Biaya Perjalanan Darurat
		Santunan tunai di Rumah Sakit di Luar Negeri		C1	
B3	a	Santunan tunai di ICU di Luar Negeri	C2		Keterlambatan Bagasi
	b	Santunan tunai Rawat Inap di dalam negeri	C3		Keterlambatan Penerbangan

DOKUMEN KLAIM MYTRAVEL INSURANCE

No.	DOKUMEN	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	D1		D2	D3		D4	D5	D6	D7
											a	b		a	b				
1	Polis MyTravel Insurance	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
2	Formulir Klaim MyTravel Insurance	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
3	Copy Surat Keterangan Kematian dari Rumah Sakit / Rumah Duka		√*	√*					√*				√*				√*		
4	Copy Resume Dokter		√*	√*	√				√*				√*				√*	√	√
5	Asli Invoice Dokter / Rumah Sakit												√*						
6	Asli Surat Keterangan dari Kepolisian dan/atau Visum at Repertum		√*	√*			√		√*		√	√	√	√	√	√	√*		
7	Asli Invoice pembelian / perbaikan barang hilang / rusak											√	√	√*	√	√	√		
8	Copy Boarding Pass	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
9	Asli Keterangan keterlambatan bagasi dari Airlines																		
10	Asli Tanda terima bagasi																		
11	Asli Keterangan dari Airlines atas penundaan penerbangan	√						√	√										√
12	Asli Keterangan dari Airlines atas pembatalan penerbangan				√					√									
13	Receipt of Deposit	√	√	√					√	√									
14	Asli Keterangan dari Airlines dan berita dari media atas pembajakan		√	√		√			√*										
15	Kronologis kejadian	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
16	Surat Keterangan dari Golf Club tentang Hole in One														√				
17	Asli Keterangan dari penyelenggara tour							√	√	√		√							
18	Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK) Tertanggung																	√	
19	Kartu Tanda Penduduk (KTP) Beneficiary																	√	
20	Dokumen Pemulangan Jenazah																		
21	Copy Paspor yang ada stempel Imigrasi	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
22	Invoice yang berhubungan dengan Pemulangan Jenazah																		
23	Asli Keterangan dari Kantor tempat bekerja																		
24	Asli Pernyataan Dokter untuk Rawat Inap		√*	√*	√				√*										
25	Asli Surat Keterangan Ahli Medis mengenai Cacat Tetap		√*	√*	√				√*										
26	Asli Surat Keterangan Rekomendasi dari Rumah Sakit / Dokter		√		√														
27	Asli seluruh Invoice pengeluaran evakuasi																		
28	Asli Bukti pembelian tiket	√	√	√	√		√		√	√									
29	Asli Foto		√*	√*					√*		√	√	√		√	√			
30	Asli Keterangan dari pihak RT / RW setempat		√*	√*					√*		√	√	√		√	√			
31	Asli Rincian Biaya dan Invoice akomodasi / pembelian		√	√	√		√				√	√	√		√	√			
32	Asli Rincian Barang yang rusak dan tidak rusak berikut Type, Merk, Jenis, Tahun Beli, dan Harga Beli											√	√						
33	Asli Rincian Barang yang hilang dan tidak hilang berikut Type, Merk, Jenis, Tahun Beli, dan Harga Beli											√	√						
34	Asli Surat tuntutan dari Pihak Ke-3												√						
35	Asli Bukti Sewa Mobil																	√	
36	Biaya Pengurusan Surat Perjalanan ke KBRl						√												
37	Asli Keterangan tidak ada asuransi / pihak lain yang menjamin		√	√	√		√		√				√					√	
38	Copy Surat Izin Mengemudi (SIM)																	√	
39	Asli Tagihan Kartu Kredit / Telpon / HP															√		√	√

Note : Permintaan dokumen tersebut merupakan panduan dan tidak menutup kemungkinan akan memerlukan dokumen tambahan tergantung informasi yang diberikan oleh dokumen tersebut memadai atau tidak.

KETERANGAN				
C4	Biaya Akomodasi akibat keterlambatan Penerbangan	D1	a	Perlindungan isi rumah akibat Kebakaran
C5	Kehilangan Deposit dan Pembatalan Perjalanan		b	Perlindungan isi rumah akibat Kebongkaran
C6	Pengurangan Perjalanan	D2		Tanggung jawab hukum pihak Ketiga
C7	Pengurangan Perjalanan karena Rawat Inap lebih dari 5 hari		a	Kehilangan atau kerusakan peralatan Golf
C8	Pembajakan Pesawat Udara	D3	b	Hole in One
C9	Kehilangan Dokumen Perjalanan dan Kehilangan Uang		D4	Resiko sendiri asuransi atas penyewaan Mobil
C10	Ketidaksinambungan Perjalanan	D5		Perlindungan Kartu Kredit
C11	Penundaan Perjalanan		D6	Biaya Telepon Medis
C12	Penerbangan Overbooked	D7		Perpanjangan Polis Otomatis