

## FORMULIR KLAIM N-CARE INSURANCE

### N-CARE INSURANCE CLAIM FORM

#### DATA TERTANGGUNG / INSURED DATA

NAMA / NAME	:			<input style="width: 100%;" type="text"/>
TANGGAL LAHIR / DATE OF BIRTH	:			<input style="width: 100%;" type="text"/>
JENIS KELAMIN / SEX	:			<input type="checkbox"/> 1. LAKI-LAKI / MALE <input type="checkbox"/> 2. WANITA / FEMALE
NO. KTP/PASSPORT / ID CARD/PASSPORT NO.	:			<input style="width: 100%;" type="text"/>
ALAMAT / ADDRESS	:			<input style="width: 100%;" type="text"/>
NO. HP/TELEPON / MOBILE PHONE/PHONE NO.	:			<input style="width: 100%;" type="text"/>
ALAMAT EMAIL / EMAIL ADDRESS	:			<input style="width: 100%;" type="text"/>
PEKERJAAN / OCCUPATION	:			<input style="width: 100%;" type="text"/>
NO. POLIS/SERTIFIKAT / POLICY/CERTIFICATE NO.	:	<input style="width: 60%;" type="text"/>	PERIODE POLIS/SERTIFIKAT / PERIOD OF POLICY/CERTIFICATE	<input style="width: 20%;" type="text"/>
APAKAH ADA POLIS ASURANSI LAIN YANG MENJAMIN RISIKO PERJALANAN ANDA? JIKA ADA, MOHON SEBUTKAN   IS THERE ANY OTHER INSURANCE POLICY GUARANTEES THE RISK OF YOUR TRIP? IF SO, PLEASE SPECIFY	:	<input type="checkbox"/> YA / YES <input type="checkbox"/> TIDAK / NO	NO POLIS ASURANSI / POLICY NUMBER	<input style="width: 20%;" type="text"/>
			PERUSAHAAN ASURANSI / INSURANCE COMPANY	<input style="width: 20%;" type="text"/>

#### DATA PENGAJU KLAIM / CLAIM DATA (JIKA PENGAJU KLAIM BUKAN TERTANGGUNG / IF THE CLAIMANTS IS NOT THE INSURED)

NAMA / NAME	:			<input style="width: 100%;" type="text"/>
JENIS KELAMIN / SEX	:			<input type="checkbox"/> 1. LAKI-LAKI / MALE <input type="checkbox"/> 2. WANITA / FEMALE
ALAMAT / ADDRESS	:			<input style="width: 100%;" type="text"/>
NO. HP/TELEPON / MOBILE PHONE/PHONE NO.	:			<input style="width: 100%;" type="text"/>
HUBUNGAN DENGAN TERTANGGUNG / RELATION WITH THE INSURED	:			<input style="width: 100%;" type="text"/>

#### DATA KERUGIAN YANG TERJADI / LOSS DATA | JENIS KERUGIAN YANG TERJADI / LOSS TYPE (MOHON TANDA YANG SESUAI PLEASE MARK THE APPLICABLE)

<input type="checkbox"/> 1. KECELAKAAN DIRI DAN CACAT TETAP AKIBAT KECELAKAAN / PERSONAL ACCIDENT AND PERMANENT DISABILITY DUE TO ACCIDENT <input type="checkbox"/> 2. BIAYA MEDIS AKIBAT COVID-19 / MEDICAL EXPENSE DUE TO COVID-19 <input type="checkbox"/> 3. KETERLAMBATAN PENERBANGAN / FLIGHT DELAY	<input type="checkbox"/> 4. PEMBATALAN ATAU PENUNDAAN PENERBANGAN / FLIGHT CANCELLATION OR POSTPONEMENT <input type="checkbox"/> 5. KEHILANGAN DAN KERUSAKAN BAGASI DAN BARANG PRIBADI / LOSS AND DAMAGE TO BAGGAGE AND PERSONAL EFFECTS <input type="checkbox"/> 6. KETERLAMBATAN BAGASI / BAGGAGE DELAY
---	---

TANGGAL PERJALANAN DIPESAN / DATE OF BOOKED TRAVELLING	:			<input style="width: 100%;" type="text"/>
TEMPAT PERJALANAN DIPESAN / PLACE OF BOOKED TRAVELING	:			<input style="width: 100%;" type="text"/>
JUMLAH YANG DIBAYARKAN DIKEMBALIKAN OLEH PIHAK LAIN / AMMOUNT HAS BEEN RECOVERABLE BY OTHER PARTIES	:			<input style="width: 100%;" type="text"/>
JUMLAH YANG DIKLAIM / AMOUNT CLAIMED	:			<input style="width: 100%;" type="text"/>
TANGGAL KEJADIAN / DATE OF LOSS	:			<input style="width: 100%;" type="text"/>
TEMPAT KEJADIAN / PLACE OF LOSS	:			<input style="width: 100%;" type="text"/>
WAKTU KEJADIAN / TIME OF LOSS	:			<input style="width: 100%;" type="text"/>

#### RINCIAN JADWAL PENERBANGAN SEBENARNYA / ORIGINAL FLIGHT DETAILS

TANGGAL KEBERANGKATAN / DATE OF DEPARTURE	<input style="width: 100%;" type="text"/>
WAKTU KEBERANGKATAN / TIME OF DEPARTURE	<input style="width: 100%;" type="text"/>
TEMPAT KEBERANGKATAN / PLACE OF DEPARTURE	<input style="width: 100%;" type="text"/>
NO. PENERBANGAN / FLIGHT NO.	<input style="width: 100%;" type="text"/>
NAMA MASKAPAI / NAME OF AIRLINE(S)	<input style="width: 100%;" type="text"/>

#### RINCIAN JADWAL PENERBANGAN PENGGANTI NEW FLIGHT /KETERLAMBATAN BAGASI / DELAYED BAGGAGE DETAILS

TANGGAL KEBERANGKATAN/BAGASI KEMBALI / DATE OF DEPARTURE/RETURNED DAY BAGGAGE	<input style="width: 100%;" type="text"/>
WAKTU KEBERANGKATAN/BAGASI KEMBALI / TIME OF DEPARTURE/RETURNED DAY BAGGAGE	<input style="width: 100%;" type="text"/>
TEMPAT KEBERANGKATAN / PLACE OF DEPARTURE	<input style="width: 100%;" type="text"/>
NO. PENERBANGAN / FLIGHT NO.	<input style="width: 100%;" type="text"/>
NAMA MASKAPAI / NAME OF AIRLINE(S)	<input style="width: 100%;" type="text"/>

URAIAN SINGKAT TENTANG KEJADIAN DAN PENYEBABNYA / CIRCUMSTANCES

TANGGAL DAN TANDA TANGAN / DATE AND SIGNATURE	<input style="width: 100%;" type="text"/>
TANDA TANGAN DAN CAP / SIGN AND STAMP	<input style="width: 100%;" type="text"/>