



PT AIG Insurance Indonesia

Indonesia Stock Exchange Building Tower 2, Floor 3A

Jl. Jend. Sudirman Kav. 52-53 Jakarta 12190, Indonesia

AIG @Your Service 0800 124 8888 (toll free number) contact.indonesia@aig.com www.aig.co.id

FORMULIR KLAIM PERSONAL PERSONAL CLAIM FORM

Form ini harus dilengkapi dengan jujur dan akurat. Formulir yang telah di isi harus dikembalikan kepada Kami bersama dengan semua dokumen pendukung Tertanggung/Tertanggung Ulang setuju bahwa setiap komunikasi, informasi yang dikumpulkan atau disimpan oleh Penanggung/Penanggung Ulang baik yang tercantum dalam aplikasi atau diperoleh dengan cara lain, dapat digunakan dan diungkapkan kepada individu/perusahaan terkait atau pihak ketiga independen lainnya (di dalam atau luar Indonesia) yang terafiliasi dengan Penanggung/Penanggung Ulang, pihak-pihak mana yang terikat dengan kewajiban kerahasiaan dan/atau yang telah menandatangani perjanjian kerahasiaan dengan Penanggung/Penanggung Ulang, untuk setiap hal yang berhubungan dengan aplikasi Tertanggung/Tertanggung Ulang dan setiap polis yang diterbitkan, dalam rangka untuk memberikan saran atau informasi terkait produk, pelayanan klaim dan polis, dan juga dalam rangka memberikan pelayanan kepada Tertanggung/Tertanggung Ulang sehubungan dengan polis Tertanggung/Tertanggung Ulang.

This form must be completed truthfully and accurately. The completed form should be returned to us together with all supporting document.

The (Re)Insured agree that any communication, information collected or held by the (Re)Insurer whether contained in the application or otherwise obtained may be used and disclosed to the (Re)Insurer's associated individuals/companies or any independent third parties (within or outside Indonesia), which parties are bound by confidentiality obligation and/or which has signed a confidentiality agreement with (Re)Insurer, for any matters relating to the (Re)Insured application and any policy issued, in order to provide advice or information concerning products, claims and policy servicing as well as to provide services to the (Re)Insured related with (Re)Insured's policy.

BAGIAN I – INFORMASI UMUM UNTUK SEMUA KLAIM PERSONAL SECTION I – GENERAL INFORMATION FOR ALL TYPE OF PERSONAL CLAIM

Nomor Polis / Policy Number	
Nama Lengkap Tertanggung (sesuai Paspor/ KTP)/ Insured Full Name (as written in Passport/ID)	
Alamat /Address	
Nomor Telepon /Telephone Number	
Alamat Email /Email Address	
Pihak yang dihubungi / Contact person	
Jenis Claim / Claim Type	Travel Medis Travel Non Medis Medis dan Kecelakaan Extended Warranty Plus Produk Others
Apakah anda memiliki asuransi lain yang memberikan perlindungan bagi anda dalam kejadian ini? Do you have any other insurance policies that may provide coverage for you for this event?	Ya / Yes Tidak / No Apabila "Ya" mohon disebutkan nama perusahaan asuransi dan nomor polis / If "Yes" please state name of insurance company with the policy number Sudahkah anda mengajukan klaim atas kerugian ini kepada perusahaan asuransi lain? / Have you made a claim for this loss to any other insurer? Ya / Yes Tidak / No

Mohon diberikan penjelasan mengenai terjadinya Klaim (mohon diinformasikan juga lokasi, tanggal, jam kejadian) dan dilampirkan dokumen pendukung yang diperlukan / <i>Please provide claim information (which include location, date, time) and attached supporting documents</i>	
Informasi Rekening Pembayaran Klaim/ <i>Information of Claim's Payment Account.</i> Kami menegaskan bahwa permintaan informasi rekening pembayaran klaim ini bukan merupakan pengakuan atas tanggung jawab. Jika klaim disetujui, penggantian akan diberikan kepada Tertanggung / <i>We must emphasize that request of claim payment account is not an admission of our liability. If the claim is eligible the indemnity shall be payable to relevant Insured.</i>	Nama Bank / <i>Bank Name</i> : Nama Pemilik Rekening / <i>Account Name</i> : Mata Uang / <i>Currency</i> : Nomor Rekening / <i>Account Number</i> : Kode Swift (Untuk Rekening Valuta Asing)/ : <i>Swift Code (For Foreign Currency Account)</i> :

Selanjutnya mohon mengisi Bagian II Informasi Khusus Klaim Personal sesuai dengan jenis claim *dan* Bagian III – Pernyataan Dokter Pemeriksa (untuk klaim Medis dan atau Kecelakaan) / *Please continue to fill in Section II Specific Personal Claim Information refer to the Claim Type and Section III – Attending Physician Statement (for Claim Accident and or Medical)*

Bagian II dan III merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Bagian I Informasi Umum untuk Semua Klaim Personal/*Section II and Section III are form as integral part of Section I – General Information for all type of Personal Claim*

Tanggal / *Date*

Tandatangan disini / *Signed here*

 Pemegang Polis / *Policy Holder*

 Pengaju Klaim / *Claimant*