



redefining / insurance

PT Asuransi AXA Indonesia
Claim - ProMedicare
AXA Tower Lt. GF
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18, Kuningan City
Jakarta 12940, Indonesia
Tel : +62 21 3005 9007
Fax : +62 21 3005 9012
Email : cs.promedicare@axa-insurance.co.id
Website : www.axa-insurance.co.id

Personal Accident Insurance Claim Form

Formulir Klaim Asuransi Kecelakaan Diri

ProMedicare

Please complete this claim form accurately to ensure speedy claim settlement. Wherever tick boxes () appear, please tick () as appropriate. If insufficient space is provided for your answers, please continue on a separate sheet. Issuance of this form does not represent any admission of liability by the Company

Isilah formulir klaim ini dengan lengkap dan benar untuk mempercepat proses penyelesaian klaim. Jika ada kotak pilihan () harap beri tanda (). Jika kotak jawaban tidak mencukupi harap dilanjutkan di lembar terpisah. Pengajuan formulir ini bukanlah pengakuan akan adanya ganti rugi.

Policy number

Nomor polis

1. General / Umum

1. Name of Insured

Nama Tertanggung

2. (a) Correspondence address

Alamat surat menyurat

(b) Contact telephone no.

Nomor telepon

(c) Facsimile no.

No. faksimili

3. Occupation

Bidang usaha / Pekerjaan

4. Period of insurance

Jangka waktu asuransi

2. Details of the Insured Person / Keterangan Mengenai Orang yang Diasuransikan

1. (a) Name

Nama

(b) Age

Umur

2. Correspondence address

Alamat surat - menyurat

3. Occupation

Bidang usaha / Pekerjaan

3. Details of the Accident / Keterangan Mengenai Kecelakaan

1. (a) Date accident occurred

Tanggal kejadian

(b) Time

Jam

(b) Place of accident

Lokasi kecelakaan

2. Describe fully how the accident occurred

Jelaskan dengan lengkap bagaimana kecelakaan tersebut terjadi

3. Name and address of witnesses

Nama dan alamat para saksi

4. Details of the Injuries / *Keterangan Mengenai Luka yang Diderita*

1. Nature of injuries (or official cause of death)

Luka yang diderita (atau penyebab resmi kematian)

2. Name of medical attendant

Nama pihak yang merawat

3. Are there any other insurances in force covering the insured person in respect of this injury ?

Yes
Ya

No
Tidak

Apakah ada asuransi lain yang juga menutup resiko kecelakaan ini ?

If 'YES', please give details regarding the name of insurer, policy number and insurance period

Jika 'YA', harap sebutkan nama perusahaan asuransi, nomor polis dan jangka waktu asuransinya

4. Will any claim be made against third party in respect of this accident ?

Yes
Ya

No
Tidak

Apakah Tertanggung akan mengajukan tuntutan kepada pihak ketiga yang menyebabkan terjadinya kecelakaan ini ?

If 'YES', why is such claim being made ?

Jika 'YA', apa dasar tuntutan klaimnya ?

5. The name and address of the third party

Nama dan alamat dari pihak ketiga tersebut

5. Declaration / *Pernyataan*

I / We warrant that the foregoing statements and particulars are true to the best of my / our knowledge and belief

Saya / Kami menyatakan bahwa pernyataan di atas adalah benar dan dibuat dengan sejujur - jujurnya

Authorised signature and name
Tanda tangan dan nama jelas

Date
Tanggal

Certificate of Medical Attendant
Surat keterangan dokter / pihak yang merawat

1. Patient's name / *Nama pasien*

2. a. Main symptom
Keluhan Utama

b. Additional Symptom
Keluhan Tambahan

3. a. Derived from the medical check-up result / *Temuan dari hasil pemeriksaan medis*

b. Diagnose / *Diagnosa*

c. Medical treatment/*Pengobatan?* In-patient / *Rawat inap* Out-patient / *Rawat jalan*

4. Medical treatment performed / *Tindakan medis yang dilakukan*

5. Result after medical treatment
Hasil setelah pengobatan
- Heal without any disablement
Sembuh tanpa cacat
 - Anatomical disability due loss of limb.
Explain and show in the picture
Cacat anatomis akibat kehilangan anggota tubuh. Jelaskan & tunjukkan juga pada gambar
 - If there is a permanent disability but does not result in loss of limb, how many reduction in the function of the limb defects in percentage (.....%)
Apabila terdapat cacat tetap tetapi tidak mengakibatkan kehilangan anggota badan, berapa persen berkurangnya fungsi anggota badan yang cacat tersebut (.....%)
 - Requires prothese/orthese
Memerlukan prothese/orthese

Give mark / *Beri Tanda*

Right / Left
Kanan / Kiri



Please explain / *Harap jelaskan*

6. In case of death, when is the date of death
Jika meninggal dunia, tanggal meninggal dunia

I hereby certify having personally examine the above mentioned patient and that in my opinion the disability arises solely as a result of the above accident

Saya menyatakan telah memeriksa penderita di atas dan pada pandangan saya ketidakmampuannya bekerja adalah benar disebabkan oleh kecelakaan yang dialaminya

Name and signature
Tanda tangan dan nama jelas

Date
Tanggal