



Formulir Klaim Asuransi Kendaraan Bermotor

Agar kami dapat mempercepat proses klaim, kami mohon (1) mengisi dan menandatangani formulir ini, (2) menyiapkan dokumen klaim sebagaimana yang tercantum di halaman dua, dan (3) mengirim dokumen tersebut ke AXA sesegera mungkin. Terima kasih.

A. TERTANGGUNG & PENGEMUDI

Tertanggung	Nama Lengkap			
	Email		Nomor HP.	
	Alamat Surat Menyurat			
Pengemudi (Jika bukan tertanggung)	Nama Lengkap		Hubungan dng tertanggung	
	Email		Nomor HP.	
	Alamat Surat Menyurat			

* Nomor SIM pengemudi pada saat terjadi kecelakaan : _____

B. KENDARAAN YANG DIPERTANGGUNGKAN

Merek		Model		Nomor Plat Kendaraan	
-------	--	-------	--	----------------------	--

C. KEJADIAN KECELAKAAN DAN KERUSAKAN / KERUGIAN

Tanggal (DD MM YY)		Jam	
Lokasi Kejadian			
Jenis Kerusakan/ Kerugian	<input type="checkbox"/> Kerusakan Rangka <input type="checkbox"/> Pencurian – Sebagian <input type="checkbox"/> Pencurian - Total <input type="checkbox"/> Kerugian Total – Kecelakaan <input type="checkbox"/> Pihak Ketiga – Kerusakan Property <input type="checkbox"/> Pihak Ketiga – Luka Badan		
Ada Cidera Badan?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Ada Laporan Polisi?	<input type="checkbox"/> Ya (Laporan No.: _____) <input type="checkbox"/> Tidak
Uraian terjadinya kerugian / kecelakaan <i>*Silahkan menggunakan kertas tambahan jika mencukupi.</i>			

* Jika klaim melibatkan Cidera badan dan Kerusakan Property pihak ketiga, mohon untuk mengisi Lampiran 1.

D. PERNYATAAN, KUASA DAN PERSETUJUAN DATA PRIBADI PELANGGAN

[Pernyataan] Saya/Kami, dengan ini menyatakan bahwa semua keterangan dan fakta-fakta yang diberikan adalah benar, semua dokumen yang diberikan telah sesuai dengan aslinya dan bahwa Saya/Kami tidak menyembunyikan/menutup-nutupi segala informasi yang kami ketahui terkait peristiwa yang terjadi kepada perusahaan asuransi.

[Kuasa] Dengan ini Saya/Kami memberi kuasa kepada rumah sakit, dokter atau orang lain yang telah memeriksa atau mengobati saya atau almarhum/ah, untuk melengkapi keterangan yang diperlukan PT ASURANSI AXA INDONESIA, atau perwakilannya, atas seluruh keterangan yang bersangkutan dengan penyakit atau kecelakaan, riwayat kesehatan, konsultasi, pemberian resep atau pengobatan, dan salinan dari seluruh dokumen rumah sakit atau kesehatan, catatan medis. Foto copi surat kuasa ini akan diperlakukan sesuai dengan aslinya.

[Data Pribadi] Dengan ini Saya/Kami memberikan kuasa, persetujuan dan mengizinkan kepada PT ASURANSI AXA INDONESIA dalam hal bermaksud menggunakan data-data dan informasi pribadi (anatara lain nama, alamat, no telpon, dan lainnya) yang dicantumkan didalam formulir ini ataupun sarana lainnya, termasuk memberikan informasi pribadi ini kepada pihak-pihak lain yang bekerjasama dengan PT Asuransi AXA Indonesia dan/atau afiliasinya, untuk dipergunakan dalam pelaksanaan kegiatan dan/atau pelayanan terkait pertanggungan ini.

Tanggal: _____

Tanda Tangan Tertanggung/Pemohon: _____

DOKUMEN YANG DIPERLUKAN UNTUK PROSES KLAIM

Di bawah ini adalah daftar dokumen yang diperlukan untuk melakukan proses klaim anda. Dalam kondisi tertentu, informasi lebih lanjut mungkin diperlukan untuk mendukung klaim tersebut.

Jenis Kerusakan / Kerugian	Dokumen yang dibutuhkan (Silahkan centang dokumen yang sudah disampaikan)
Dokumen Utama untuk semua Jenis Kerusakan/ Kerugian	<input type="checkbox"/> Formulir Klaim yang telah diisi dan ditandatangani – <i>Untuk tertanggung perusahaan Formulir klaim harus dicap Perusahaan</i> <input type="checkbox"/> Copy KTP tertanggung untuk tertanggung perorangan & jika tertanggung bukan sebagai pengemudi <input type="checkbox"/> Copy SIM Pengemudi <input type="checkbox"/> Copy STNK
(ditambah) dokumen sebagaimana dibawah sesuai jenis kerusakan / kerugian:	
Kerusakan Rangka	<input type="checkbox"/> Kwitansi dari Rumah Sakit – <i>Untuk klaim cedera badan pengemudi / penumpang</i>
Pencurian - Sebagian	<input type="checkbox"/> Laporan Polisi
Pencurian - Total	<input type="checkbox"/> Laporan Polisi <input type="checkbox"/> Claim Discharge Form yang sudah ditandatangani oleh tertanggung <input type="checkbox"/> Tiga rangkap kwitansi kosong yang ditandatangani oleh tertanggung <input type="checkbox"/> Asli BPKB <input type="checkbox"/> Asli STNK <input type="checkbox"/> Asli Faktur pembelian Kendaraan <input type="checkbox"/> Kunci Kendaraan <input type="checkbox"/> Surat Pemblokiran STNK dari KADITLANTAS <input type="checkbox"/> Surat Keterangan Kehilangan dari KADITSERSE POLDA <input type="checkbox"/> Buku KIR Kendaraan untuk penggunaan kendaraan secara komersial
Kerugian Total - Kecelakaan	Seluruh dokumen yang diperlukan untuk Pencurian – Total kecuali: <input type="checkbox"/> Surat Pemblokiran STNK dari KADITLANTAS <input type="checkbox"/> Surat Keterangan Kehilangan dari KADITSERSE POLDA
Pihak Ketiga – Kerusakan Property	<input type="checkbox"/> Lampiran 1: Formulir Klaim Cidera Badan atau Kerusakan Property Pihak Ketiga <input type="checkbox"/> Laporan Polisi <input type="checkbox"/> Surat Tuntutan klaim dari pihak ketiga ke tertanggung <input type="checkbox"/> Kwitansi biaya perbaikan property yang rusak <input type="checkbox"/> Penawaran biaya perbaikan dari kontraktor – <i>Untuk kerusakan property</i> <input type="checkbox"/> Penawaran biaya perbaikan dari bengkel – <i>Untuk kerusakan kendaraan</i> <input type="checkbox"/> Seluruh korespondensi dengan pihak ketiga / pemilik property
Pihak Ketiga – Cidera Badan	<input type="checkbox"/> Lampiran 1: Formulir Klaim Cidera Badan atau Kerusakan Property Pihak Ketiga <input type="checkbox"/> Laporan Polisi <input type="checkbox"/> Surat Tuntutan klaim dari pihak ketiga ke tertanggung <input type="checkbox"/> Kwitansi dari Rumah Sakit <input type="checkbox"/> Sertifikat Kematian – <i>Untuk kematian Pihak Ketiga</i> <input type="checkbox"/> Seluruh korespondensi dengan pihak ketiga yang mengalami luka / kematian

INFORMASI STATUS KLAIM

Kami akan memberikan laporan perkembangan klaim anda melalui SMS atau email. Jika ada pertanyaan silahkan menghubungi:



1500 733



customer@axa-insurance.co.id

AXA berkomitmen untuk memberikan proses klaim asuransi yang mudah. Terima kasih telah memilih AXA. Kami senang bisa melayani anda.



Lampiran 1

FORMULIR KLAIM CIDERA BADAN ATAU KERUSAKAN PROPERTY PIHAK KETIGA

Silahkan mengisi formulir ini dan sampaikan bersamaan dengan Formulir Klaim. Nomor Polis.

A. CIDERA BADAN

Orang yang cidera		Rincian Cidera	Nama Rumah Sakit jika dirawat inap
Nama	No. telpon		

B. KERUSAKAN PROPERTY PIHAK KETIGA

Pemilik Property		Rincian Kerusakan	Rincian Kerusakan
Nama	No. telpon	* Untuk kendaraan agar dilengkapi dengan detail kendaraan	
			Estimasi Kerugian: <u>IDR _____</u>

* Silahkan menggunakan kertas tambahan jika mencukupi..

C. PERNYATAAN, KUASA DAN PERSETUJUAN DATA PRIBADI PELANGGAN

[Pernyataan] Saya/Kami, dengan ini menyatakan bahwa semua keterangan dan fakta-fakta yang diberikan adalah benar, semua dokumen yang diberikan telah sesuai dengan aslinya dan bahwa Saya/Kami tidak menyembunyikan/menutup-nutupi segala informasi yang kami ketahui terkait peristiwa yang terjadi kepada perusahaan asuransi.

[Kuasa] Dengan ini Saya/Kami memberi kuasa kepada rumah sakit, dokter atau orang lain yang telah memeriksa atau mengobati saya atau almarhum/ah, untuk melengkapi keterangan yang diperlukan PT ASURANSI AXA INDONESIA, atau perwakilannya, atas seluruh keterangan yang bersangkutan dengan penyakit atau kecelakaan, riwayat kesehatan, konsultasi, pemberian resep atau pengobatan, dan salinan dari seluruh dokumen rumah sakit atau kesehatan, catatan medis. Foto copi surat kuasa ini akan diperlakukan sesuai dengan aslinya.

[Data Pribadi] Dengan ini Saya/Kami memberikan kuasa, persetujuan dan mengizinkan kepada PT ASURANSI AXA INDONESIA dalam hal bermaksud menggunakan data-data dan informasi pribadi (antara lain nama, alamat, no telpon, dan lainnya) yang dicantumkan didalam formulir ini ataupun sarana lainnya, termasuk memberikan informasi pribadi ini kepada pihak-pihak lain yang bekerjasama dengan PT Asuransi AXA Indonesia dan/atau afiliasinya, untuk dipergunakan dalam pelaksanaan kegiatan dan/atau pelayanan terkait pertanggungan ini.

Tanggal: _____

Tanda tangan Bertanggung: _____