



**Customer Care Centre**  
AXA Tower Lt. GF  
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18, Kuningan City  
Jakarta 12940, Indonesia  
Tel : 1500 733  
Fax : +62 21 3005 9008  
Email : customer@axa-insurance.co.id

# Personal Accident Claim Form

**Note** This final notification must be completed and returned as soon as the insured person has fully recovered or on confirmation of permanent disability. The medical certificate (overleaf) must be completed by the medical attendant who treated the insured person

**Catatan** Laporan akhir ini harus dilengkapi dan dikembalikan secepatnya setelah penderita dinyatakan sembuh atau menderita cacat permanen. Laporan medis di balik ini harus dilengkapi oleh orang yang merawat penderita

Name of Insured  
*Nama Tertanggung*

Name of Insured person  
*Nama orang yang diasuransikan*

## Total Disablement Claim / Klaim Cacat Total

Period between which the Insured person has been totally disabled by the accident from attending his usual business  
*Jangka waktu dimana penderita menderita cacat total sehingga total tidak dapat bekerja*

From  to   
*Dari sampai*

## Partial Disablement Claim / Klaim Cacat Sebagian

Period between which the Insured Person has been partially disabled by the accident from attending his usual business  
*Jangka waktu dimana penderita menderita cacat sebagian sehingga tidak sepenuhnya dapat bekerja*

From  to   
*Dari sampai*

## Claim Amount / Jumlah Klaim

For total disablement  For partial disablement   
*Untuk cacat total Untuk cacat sebagian*

Total claim   
*Jumlah klaim*

## Declaration / Pernyataan

I/We do hereby solemnly declare that the above statements are true and that the insured person has not abstained from attending his / her usual business, either totally or partially, for a longer period that he / she was compelled by the accident

*Saya menyatakan bahwa pernyataan di atas adalah benar dan bahwa penderita karena kecelakaan yang dialaminya harus beristirahat dari tugasnya secara total atau sebagian dalam jangka waktu yang wajar dan tidak dilebih-lebihkan*

Insured's name and signature  
*Tanda tangan dan nama Tertanggung*

Date  
*Tanggal*

(C013 03/13 EL)

**Certificate of Medical Attendant**  
**Surat keterangan dokter / pihak yang merawat**

Patient's name  
*Nama pasien*

Are you the patient's usual doctor ?    Yes     No     If 'YES', for how long   
*Apakah anda dokter langganannya?    Ya    Tidak    Jika 'YA', untuk berapa lama*

Date of first consultation  
*Tanggal pertama konsultasi*

Nature and extent of injury  
*Jenis dan parahnya luka*

Period of disability <i>Periode tidak aktif</i>	Extent <i>Jenis</i>	From <i>Dari</i>	To <i>Sampai</i>
–	Confined to house/hospital <i>Harus tinggal di rumah/rumah sakit</i>	<input style="width: 100px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 25px;" type="text"/>
–	Totally disabled by the accident from following his usual business, profession or occupation <i>Tidak dapat bekerja secara total</i>	<input style="width: 100px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 25px;" type="text"/>
–	Partially disabled by the accident from following his usual business, profession or occupation <i>Dapat bekerja tetapi tidak secara penuh</i>	<input style="width: 100px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 25px;" type="text"/>

If the patient has fully recovered, date of recovery  
*Jika pasien sudah sembuh total, tanggal kesembuhannya*

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*