

Smart Traveller Claim Form

Please complete all the relevant sections of this form and return with original of all the documents requested (Please note photocopies are not acceptable) to PT ASURANSI AXA INDONESIA
Harap diisi lengkap pasal-pasal yang berhubungan pada formulir ini disertai dengan semua dokumen asli yang diperlukan (photocopy tidak berlaku) dan dikirim ke PT ASURANSI AXA INDONESIA

1. General / Umum

Claimant's Full Name <i>Nama Lengkap Penuntut</i>	Mr/Mrs/Miss <i>Bapak/Ibu/Nn</i>		
Address <i>Alamat</i>		Tel. No. <i>Telp.</i>	
Travel Agent <i>Agen Perjalanan</i>		Date of Booking <i>Tanggal Pesanan Bepergian</i>	
Booked Holiday Dates <i>Tanggal Pesanan Bepergian</i>	From <i>Dari</i>	To <i>Sampai</i>	

Please give name and address of your Household and All Risks Insurer and the Policy Number
Harap jelaskan nama dan alamat Perusahaan asuransi dan nomor polis pertanggunggunaan Household dan All Risks anda

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
--	--

2. Loss of Deposit / Cancellation / Curtailment or Delay / Travel Misconnection *Kehilangan Deposit / Pembatalan / Pengurangan Perjalanan atau Penundaan Perjalanan*

Claim for Cancellation / Curtailment of holiday / Travel Delay (delete as appropriate)
Klaim untuk Pembatalan / Pengurangan Perjalanan / Penundaan Perjalanan (coret yang tidak perlu)

Date of cancellation, delay or arrival at home if curtailed / Travel Misconnection <i>Tanggal pembatalan, penundaan atau kedatangan jika terjadi pengurangan perjalanan</i>	
--	--

Reason for cancellation / curtailment / delay / Travel Misconnection
Alasan pembatalan / pengurangan / penundaan perjalanan

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
--	--

Name of sick or injured person and relationship to the Insured
Nama dari orang yang sakit atau cedera dan hubungannya dengan Tertanggung

Name <i>Nama</i>		Relationship <i>Hubungan</i>	
---------------------	--	---------------------------------	--

Period of delay (must be at least 12 hours from the time specified in the Travel itinerary)
Lamanya penundaan (Paling tidak 12 jam dari saat yang ditentukan dalam jadwal perjalanan)

Amount Claimed
Jumlah tuntutan

Rp/US

3. Personal Accident / Pertanggungansan Kecelakaan Diri

Date and Place of Accident
Tanggal dan tempat terjadinya kecelakaan

Date
Tanggal

Place
Tempat

How did accident happen ?
Bagaimana terjadinya kecelakaan ?

Nature of injury (or official cause of death)
Sifat luka (penyebab sebenarnya dari kematian)

Name of Doctor consulted abroad
Nama dokter yang konsultasi dengan anda di luar negeri

Name and address of doctor attending you in Indonesia
Nama dan alamat dokter yang merawat anda di Indonesia

Name and address of usual doctor (if different from above)
Nama dan alamat dokter yang biasanya merawat anda (jika berbeda dengan di atas)

4. Baggage / Personal Effects (including delayed baggage) / Travel Document *Bagasi / Barang Pribadi (termasuk keterlambatan bagasi) /Dokumen Perjalanan*

Date, time, and place of loss /damage
Tanggal, jam, dan tempat terjadinya kehilangan / kerusakan

Date
Tanggal

Time
Jam

Place
Tempat

Describe in full the circumstances of loss/damage or delay (if necessary, you may use a separate piece of paper to provide a full detail)
Keterangan keadaan yang sebenarnya dari kehilangan / kerusakan atau keterlambatan (jika diperlukan, anda dapat menggunakan lembar terpisah untuk menjelaskan secara rinci)

To whom did you report the loss
Kepada siapa anda laporkan kehilangan tersebut

Did you report the loss to the police ?
Apakah anda melaporkan kepada polisi ?

Yes
Ya

No
Tidak

If Yes, date reported
Jika ya, tanggal berapa dilaporkan

Address of police station
Alamat kantor polisi

Did loss/damage occur whilst property was in the custody of a carrier (airline, bus company etc.)

Apakah kehilangan/kerusakan terjadi pada saat berada pada tanggungan pengangkut
(perusahaan penerbangan, bis dsb)

Yes
Ya No
Tidak

Date when the loss was reported to carrier
Tanggal dilaporkan kepada pengangkut

Name and address of carrier
Nama dan alamat pengangkut

Details of item/s lost or damaged including make/model etc. <i>Jelaskan barang yang hilang atau rusak termasuk merek/model dll</i>	Place of Purchase <i>Tempat pembelian barang</i>	Date of Purchase <i>Tanggal pembelian</i>	Price of Purchase <i>Harga pembelian</i>	Amount claimed <i>Jumlah yang dituntut</i>

5. Medical Expenses Hospital benefit / *Faedah biaya Medis dan Rumah Sakit*

Date and Place of Accident/or onset illness
Tanggal dan tempat terjadinya kecelakaan/atau mulainya penyakit

Date
Tanggal

Place
Tempat

Nature and condition of accident/illness
Sifat kecelakaan/penyakit

Period of Hospital treatment
Lamanya perawatan di Rumah Sakit

Nature of expenditure <i>Sifat pembiayaan</i>	To whom paid/payable <i>Kepada siapa dibayar/dibayarkan</i>	Amount (state currency if not in Rupiah) <i>Jumlah (selain Rupiah jelaskan mata uangnya)</i>	Indicate if any bills are unpaid <i>Perincian rekening yang belum dibayar</i>

If any bills are unpaid give name and address of the payee

Jika ada kuitansi-kuitansi yang belum dibayar, berikan nama dan alamat kepada siapa harus dibayar

I declare to the best of my knowledge that the particulars given are true
Saya menyatakan bahwa semua keterangan yang diberikan adalah benar

**Declaration/Pernyataan
Authorisastion/Surat kuasa**

I hereby authorise any hospital physician or other person who has attended or examined me, to furnish PT ASURANSI AXA INDONESIA or its authorised representative any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescription or treatment, and copies of all hospital or medical record. A copy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.

Dengan ini saya memberi kuasa kepada rumah sakit, dokter atau orang lain yang memeriksa atau mengobati saya untuk melengkapi keterangan yang diperlukan PT ASURANSI AXA INDONESIA atau perwakilannya, atas seluruh keterangan yang bersangkutan dengan suatu penyakit atau kecelakaan, riwayat kesehatan, konsultasi pemberian resep atau pengobatan, dan salinan dari seluruh dokumen rumah sakit atau kesehatan. Fotocopi dari surat kuasa ini akan diperlakukan sesuai dengan aslinya.

Signature/Tanda tangan

Date/Tanggal