

**PT AXA Insurance Indonesia**

Customer Care Center

AXA Tower Lt. 16

Jl. Prof Dr. Satrio Kav.18 Kuningan City

Jakarta 12940, Indonesia

Tel : 1500733

Email : customer.general@axa.co.id

Web : www.axa.co.id

FORMULIR KLAIM SmartActive

Claim Form SmartActive

No. Polis /
Policy No.

Agar kami dapat segera memproses klaim ini, mohon untuk (1) Melengkapi formulir ini, (2) Melengkapi dokumen pendukung klaim sebagaimana tertera dalam halaman 2 formulir ini, dan (3) Mengirimkan kembali formulir dan dokumen pendukung kepada kami dalam waktu yang tidak terlalu lama. /To speed up the process, please (1) Complete this form, (2) Prepare the relevant documents listed on page two, and (3) Submit them to PT AXA INSURANCE INDONESIA Office as soon as possible. Thank you.

A. INFORMASI TERTANGGUNG/PEMOHON/ INSURED / CLAIMANT DETAILS

Nama Lengkap/ Full Name			
No. Telpn/HP/ Mobile Phone		Email	
Alamat / Address			

B. INFORMASI UMUM / GENERAL INFORMATION

Periode Asuransi/ Insurance Period (Tanggal/Bulan/Tahun) (Date/Month/Year)	Dari / From: Sampai / To :		
Tanggal Kejadian / Date of Loss	Tanggal /Date: Waktu / Time :	Tempat Kejadian / Location	
Jenis Klaim / Type of Loss	☐ Kematian Karena Kecelakaan / Accident Death ☐ Biaya Pengobatan / Medical Expenses ☐ Biaya Pengobatan Tradisional / Medical Expenses on Traditional Medicine (Alternative) ☐ Penggantian Barang Pribadi yang Hilang atau Rusak Akibat Kecelakaan / Reimbursement For Personal Items Lost or Damaged as a Result of an Accident ☐ Santunan / Compensation ☐ Tanggung Jawab Hukum Pribadi / Personal Legal Liability ☐ Lainnya / Others		
Kronologi (Keterangan Kejadian) / Chronology (Explanation of the occurrence) *Apabila tidak mencukupi dapat dibuat dalam lembar terpisah / If space is insufficient, please make in a separate paper.			Nilai Klaim yang diajukan sesuai mata uang / Total amount claimed in original currency

FRM-CLM-LFS-026



Apakah Anda memiliki polis lain yang menjamin risiko kerugian/ kejadian yang sama? Jika ya, sebutkan... / *Do you have other insurance covering this loss? If yes, please provide*

Nama Asuransi / *Insurance Company* :

No Polis / *Policy No* :

C. NAMA BANK / BANK ACCOUNT DETAILS

Mohon dilengkapi data bank Anda untuk proses pembayaran setelah klaim disetujui / *Please provide your bank details for claim payment upon the claim is approved..*

Nama (seperti tercantum dalam bank) / <i>Name (as per bank account)</i>		Nama Bank / <i>Bank Name</i>	
No. Rekening / <i>Account Number</i>		Cabang / <i>Branch</i>	

D. PERNYATAAN, KUASA DAN PERSETUJUAN DATA PRIBADI PELANGGAN / *DECLARATION, AUTHORIZATION & CUSTOMER'S DATA PRIVACY CONSENT*

[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.

[Declaration] I/We hereby declare that the below statements and facts are true, copies of documents are identical with the original one, and that I/We have not withheld from the Company, any information within my/our knowledge connected with the accident.

[Kuasa]

Dengan ini Saya/Kami memberi kuasa kepada rumah sakit, dokter atau orang lain yang memeriksa atau mengobati Tertanggung untuk melengkapi keterangan yang diperlukan PT AXA INSURANCE 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. Foto copi surat kuasa ini akan diperlakukan sesuai dengan aslinya.

[Authorization] I/We hereby authorize any hospital physician or other person who has attended or examined to the Insured, to furnish PT AXA INSURANCE INDONESIA or its authorized any representative, 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 authorization shall be considered as effective and valid as the original.

[Data Pribadi Pelanggan / Customer Personal Data] – Centang untuk memberikan persetujuan / *Please tick for your approval*

Dengan ini Saya/Kami menyetujui bahwa data dan informasi pribadi yang Saya/Kami berikan kepada PT AXA Insurance Indonesia ("AXA INSURANCE") baik diberikan secara langsung dan/atau melalui pihak ketiga yang berkaitan dalam proses klaim dapat dikirimkan oleh AXA INSURANCE untuk keperluan klaim yang Saya/Kami ajukan atas pertanggung jawaban yang Saya/Kami miliki di AXA INSURANCE, termasuk namun tidak terbatas pada pemberian data dan informasi pribadi kepada pihak ketiga lain yang berkaitan dalam proses klaim yang Saya/Kami ajukan, Regulator dan Pihak yang Berwenang dan/atau Asosiasi. /

I/We hereby agree that the personal data and information that I/We provide to PT AXA Insurance Indonesia ("AXA INSURANCE") whether directly and/or through third parties related to the claim process can be sent by AXA INSURANCE for claims purposes that I/We submit for My/Our coverage at AXA INSURANCE, including but not limited to providing personal data and information to third parties related to the claims process that I/We submit, Regulators, Authorized Parties and/ or Association.

☐ Ya / Yes

☐ Tidak / No

Pernyataan PT AXA INSURANCE INDONESIA / *PT AXA INSURANCE INDONESIA Statement*

- PT AXA INSURANCE INDONESIA berkomitmen untuk menjaga kerahasiaan dan melaksanakan pemrosesan data pribadi secara sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, sampai dengan batas waktu yang telah ditentukan sesuai dengan kebijakan retensi PT AXA INSURANCE INDONESIA kecuali penyimpanan lebih lanjut diperlukan untuk memenuhi periode retensi yang lebih lama untuk memenuhi persyaratan operasional, hukum, peraturan, pajak, atau akuntansi PT AXA INSURANCE INDONESIA /



PT AXA INSURANCE INDONESIA is committed to maintaining confidentiality and carrying out legal processing of personal data in accordance with applicable laws and regulations, up to a predetermined retention period in accordance with PT AXA INSURANCE INDONESIA's retention policy unless further storage is required to fulfill a longer retention period of operational, legal, regulatory, tax, or accounting requirements of PT AXA INSURANCE INDONESIA.

- b. *PT AXA INSURANCE INDONESIA akan menghancurkan atau menganonimkan dari catatan dan sistem cadangan PT AXA INSURANCE INDONESIA sesuai dengan kebijakan retensi PT AXA INSURANCE INDONESIA kecuali penyimpanan lebih lanjut diperlukan untuk memenuhi periode retensi yang lebih lama untuk memenuhi persyaratan operasional, hukum, peraturan, pajak, atau akuntansi PT AXA INSURANCE INDONESIA / PT AXA INSURANCE INDONESIA will destroy or anonymize Customer personal data and information from PT AXA INSURANCE INDONESIA's records and backup systems in accordance with PT AXA INSURANCE INDONESIA's retention policy unless further storage is required to fulfill a longer retention period of operational, legal, regulatory, tax or accounting operations.*
- c. *PT AXA INSURANCE INDONESIA memberikan hak akses untuk mendapatkan salinan, melengkapi dan/atau memperbaharui kesalahan data dan informasi pribadi Nasabah berdasarkan permintaan tertulis dari Nasabah. / PT AXA INSURANCE INDONESIA grants the access to obtain copies, complete and/or update the false Customer personal data and information based on written request from Customer.*
- d. *PT AXA INSURANCE INDONESIA memberikan hak kepada Nasabah untuk menarik kembali persetujuan mengenai pemrosesan data pribadi Nasabah, mengakhiri pemrosesan, menghapus, dan/atau memusnahkan data pribadi Nasabah, serta hak-hak lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku berdasarkan permintaan tertulis dari Nasabah./ PT AXA INSURANCE INDONESIA grants the Customer to withdraw the consent of Customer personal data process, end the process, delete, and/or destroy Customer personal data, as well as other rights in accordance with the provisions of the applicable laws and regulations based on written request from Customer.*

Tanggal / Date: _____

Tanda Tangan Tertanggung/Pemohon / Signature of Insured / Claimant: _____

DOKUMEN YANG WAJIB DILENGKAPI / DOCUMENTS REQUIRED FOR CLAIM SETTLEMENT

Berikut daftar dokumen minimal yang diperlukan untuk proses klaim. Dalam kondisi tertentu, dimungkinkan adanya tambahan informasi/dokumen. / Below is minimum documents list required to proceed your claim. In certain conditions, it is possible for additional information / documents may required.

Jenis Klaim / Type of Loss	Dokumen yang diperlukan / Document needed (Mohon beri tanda centang atas dokumen yang telah diberikan) / (Please tick against the documents you have submitted)
Umum untuk semua jenis klaim / For all kind of claim	☐ Formulir Klaim / Claim Form ☐ Copy Sertifikat Polis / Certificate of Policy ☐ Copy KTP / Copy of Identity Card ☐ Laporan Kepolisian / Police Report
Tambahan dokumen sesuai jenis klaim yang diajukan / Additional documents as per type of loss::	
Kematian Karena Kecelakaan (Accident Death)	☐ Surat Keterangan Meninggal dari instansi yang berwenang yang menyebutkan penyebab kematian seperti Rumah Sakit, Kelurahan dan sejenisnya. / Certificate of death from authorized institutions and informing the cause of death such as Hospital, Local Government Authorities and the like.
Biaya Pengobatan (Medical Expenses)	☐ Salinan Kuitansi Legalisir dari Rumah Sakit / Copy of Hospital payment receipt. ☐ Surat / Salinan Resume Medis (ringkasan dokter) / Letter / Copy Medical resume (doctor summary).
Biaya Pengobatan Tradisional (Medical Expenses on Traditional Medicine (Alternative))	☐ Salinan Kuitansi / Payment receipt.
Penggantian Barang Pribadi yang Hilang atau Rusak Akibat Kecelakaan (Reimbursement For Personal Items Lost or Damaged as a Result of an Accident)	☐ Salinan Kuitansi / Payment receipt. ☐ Asli kuitansi/invoice barang yang di klaim / Original receipts for all items claimed
Santunan (Compensation)	☐ Surat Kematian / Death Certificate. ☐ Bukti Bayar Transportasi Umum / Invoice of public transportation.
Tanggung Jawab Hukum Pribadi (Personal Legal Liability)	☐ Panggilan atau Surat Tuntutan Pihak Ketiga / For any third-party correspondence(s), summons or writs. ☐ Foto Kerusakan/Luka yang dialami pihak ketiga / Photos showing the scene of the accident, its environment and the extent of the third-party property damaged and/or third party bodily injured.

Lainnya (Others)	☐ Untuk klaim Cacat Tetap karena kecelakaan, Surat Keterangan dari Rumah Sakit atau Dokter yang professional yang menyatakan terjadinya Cacat Tetap akibat kecelakaan / <i>For Permanent Disability due to accident, letter from Hospital or Professional Doctor which inform that the Permanent Disability is due to accident.</i> ☐ Konfirmasi tertulis dari pihak yang berwenang / <i>A written confirmation from relevant authorization concerned confirming the incident and duration.</i>
------------------	---

INFO STATUS KLAIM / TRACK YOUR CLAIM STATUS

Untuk keterangan lebih lanjut dapat menghubungi kami melalui telpon atau email dibawah / *For more information you contact us through phone or email as below:*



1500 733



customer.general@axa.co.id

PT AXA Insurance Indonesia berkomitment untuk menjadikan proses klaim asuransi SmartActive semudah mungkin. / PT AXA Insurance Indonesia committed to make your SmartActive insurance claim process as easy as possible.

Terima kasih telah mempercayakan asuransi SmartActive Anda kepada kami. Kami senang dapat melayani Anda. / Thank you for entrusting your SmartActive insurance to us. We are always happy to serve you.