

**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 Asuransi SmartTravel Internasional/ SmartTravel International Insurance Claim Form

 No. Polis /
 Policy No.

Pengumpulan data dan informasi pribadi dalam formulir ini bertujuan untuk pemrosesan klaim asuransi dan akan disimpan oleh PT AXA INSURANCE sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. / *The purpose of personal data and information collected in this form will be used for claim insurance process and will be kept by PT AXA INSURANCE in accordance with applicable law*

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 Office as soon as possible. Thank you.*

A. INFORMASI TERTANGGUNG/PEMOHON / INSURED / CLAIMANT DETAILS

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

B. INFORMASI UMUM / TRAVEL & LOSS DETAILS

Period Asuransi / Insurance Period (Tanggal/Hari/Tahun) DD/MM/YYYY	Dari / From : Sampai / To :	Travel Agen / Travel Agency	
Tanggal Kejadian / Date of Loss	Tanggal / Date : Waktu / Time :	Tempat Kejadian/ Location	
Jenis Klaim / Type of Loss / Accident	<input type="checkbox"/> Kecelakaan Diri, Biaya Pengobatan, Biaya Evakuasi dan Pemulangan Jenazah / <i>Personal Accident, Medical and Evacuation Repatriation Expenses</i> <input type="checkbox"/> Bagasi dan Barang Milik Pribadi, Dokumen Perjalanan / <i>Baggage & Personal Effect, Travel Documents</i> <input type="checkbox"/> Pengurangan Perjalanan, Kehilangan Uang Muka/Pembatalan / <i>Trip Curtailment, Loss Deposit/Cancellation</i> <input type="checkbox"/> Keterlambatan Bagasi, Keterlambatan Perjalanan, Penerbangan Tidak Sinambung / <i>Baggage Delay, Travel Delay, Misconnection</i> <input type="checkbox"/> Tanggung Jawab Hukum Pribadi, Perlindungan Isi Rumah, Risiko Sendiri dari Sewa Kendaraan, Perlindungan Peralatan Golf / <i>Personal Liability, Household cover, Own Risk of Rent Vehicle, Golfing Equipment</i> <input type="checkbox"/> Lainnya/ <i>Others</i>		

PT AXA Insurance Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK)

FRM-CLM-LFS-024 R.00



Kronologi/Keterangan Kejadian / <i>Description (Chronology)</i> of Loss/ Accident/ Nature of Illness *Apabila tidak mencukupi dapat dibuat dalam lembar terpisah		Nilai Klaim yang diajukan sesuai mata uang / <i>Total amount claimed in original currency</i>
Apakah Anda memiliki polis lain yang menjamin risiko kerugian/kerusakan yang sama? Jika ya, sebutkan... / <i>Do you have other insurance covering this loss? If yes, please provide</i>	Nama Asuransi / <i>Insurance Company</i> : No Polis / <i>Policy No.</i> :	

C. NAMA BANK / BANK ACCOUNT DETAILS

Mohon dilengkapi data bank Anda untuk proses pembayaran setelah klaim disetujui. / *Please provide your bank details for us to accelerate your claims payment by direct transfer to your account after claim approval.*

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

Centang untuk memberikan persetujuan / *Tick to approve* :

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 PT 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 / *PT AXA INSURANCE Statement* :

- a. PT AXA INSURANCE 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 kecuali penyimpanan lebih lanjut diperlukan untuk memenuhi periode retensi yang lebih lama untuk memenuhi persyaratan operasional, hukum, peraturan, pajak, atau akuntansi PT AXA INSURANCE. / *PT AXA INSURANCE 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'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.*
- b. PT AXA INSURANCE akan menghancurkan atau menganonimkan dari catatan dan sistem cadangan PT AXA INSURANCE sesuai dengan kebijakan retensi PT AXA INSURANCE kecuali penyimpanan lebih lanjut diperlukan untuk memenuhi periode retensi yang lebih lama untuk memenuhi persyaratan operasional, hukum, peraturan, pajak, atau akuntansi PT AXA INSURANCE./ *PT AXA INSURANCE will destroy or anonymize Customer personal data and information from PT AXA INSURANCE's records and backup systems in accordance with PT AXA INSURANCE'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 memberikan hak akses untuk mendapatkan salinan, melengkapi dan/atau memperbaharui kesalahan data dan informasi pribadi Nasabah berdasarkan permintaan tertulis dari Nasabah. / *PT AXA INSURANCE 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 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 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 Custoeemer.*

Tanggal / *Date*: _____

Tanda Tangan Bertanggungjawab/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 a list of minimum documents required to proceed your claim. In certain circumstances, more information may be required to substantiate the claim.

Jenis Klaim / Type of Loss/ Accident	Dokumen yang diperlukan / Documents Required (Mohon beri tanda centang atas dokumen yang telah diberikan) / (Please tick against the documents you have submitted.)
Umum untuk semua jenis klaim / Basic for all types	<input type="checkbox"/> Formulir Klaim / Travel claim form <input type="checkbox"/> Asli Boarding Pass, Tiket atau Itinerary / Original boarding pass, Ticket, or Itinerary <input type="checkbox"/> Passport/KITAS (Kartu Izin Tinggal Terbatas) / Copy of Passport/KITAS (Temporary Stay Permit) <input type="checkbox"/> Bukti apabila mengalami kerugian / Evidence of loss
Tambahan dokumen sesuai jenis klaim yang diajukan / (plus) as applicable below:	
Kecelakaan diri; Biaya Pengobatan dan Evakuasi; Pemulangan Jenazah; Kecelakaan Diri dalam Penerbangan; Evakuasi Medis Darurat dan Repatriasi; Telepon Darurat; Santunan Tunai Rumah Sakit; Kehilangan Pendapatan Akibat Kecelakaan / Personal Accident; Medical and Evacuation; Repatriation Expenses; Accident During In-Flight ; Emergency Medical Evacuation & Repatriation ; Emergency Call ; Hospital Cash Allowance ; Loss Of Income due to Accident	<input type="checkbox"/> Surat Keterangan Medis atau Sertifikat Kematian / Medical Report or Death Certificate <input type="checkbox"/> Asli Invoice and kuitansi / Medical Report or Death Certificate <input type="checkbox"/> Copy Kartu Identitas Ahli Waris dan Kartu Keluarga / Copy of Identity Card of heirs and Family Card <input type="checkbox"/> Surat rekomendasi dari dokter/ Letter of recommendation from a doctor <input type="checkbox"/> Bukti tagihan telepon/ Proof of telephone bill <input type="checkbox"/> Copy Kartu Identitas Ahli Waris dan Kartu Keluarga / Copy of Identity Card of heirs and Family Card <input type="checkbox"/> Surat keterangan dari HRD jika Anda merupakan karyawan atau dokumen pendukung lainnya untuk membuktikan kalau mengalami kehilangan pendapatan/ a statement from HRD if you are an employee or other supporting documents to prove that you have experienced a loss of income. This is for a loss of income claim
Bagasi & Barang Milik Pribadi; Dokument Perjalanan; Kerusakan/ Kehilangan Peralatan Golf; Hole in one / Baggage & Personal Effect; Travel Documents; Damage / Loss of Golfing Equipment; Hole in one	<input type="checkbox"/> Surat Polisi / Police report <input type="checkbox"/> Surat Keterangan Kerusakan/Kehilangan dari Maskapai, Pengangkut atau Pihak yang berwenang / Property Irregularity Report from Airlines, Carrier or Loss/Damage Report from relevant authority <input type="checkbox"/> Dokumentasi penyelesaian dari pihak pengangkut/penolakan klaim untuk kehilangan barang / Documentation of carrier's settlement/rejection of claim for loss of property <input type="checkbox"/> Asli kuitansi/invoice barang yang di klaim – hanya untuk klaim bagasi dan barang pribadi. (Jika tidak tersedia, mohon dilengkapi info jenis barang, tanggal, tempat dan harga barang yang di klaim). / Original receipts for all items claimed – for Baggage & Personal Effect only <i>(If not available, provide description of items and the date, place and price of purchase)</i> <input type="checkbox"/> Foto kerusakan barang / Photos showing the extent of damage to the damaged item(s) <input type="checkbox"/> Asli Invoice atau bukti pembayaran penerbitan passport baru – hanya untuk klaim dokumen perjalanan / Original Invoice or evidence of new passport issuance cost – for Travel Documents only

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sertifikat kemenangan Hole In One/ <i>Hole In One winning certificate</i> <input type="checkbox"/> Bukti pembayaran atas perayaan Hole In One/ <i>Proof of payment for the Hole In One celebration</i>
<p>Pengurangan Perjalanan; Kehilangan Uang Muka/Pembatalan; Manfaat Perawatan Anak & Kunjungan Duka; Pembatalan Perjalanan / <i>Trip Curtailment; Loss Deposit/ Cancellation; Childcare & Compassionate Benefit; Trip Cancellation</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Surat Keterangan Medis atau Sertifikat Kematian – jika ada / <i>Medical Report or Death Certificate - if applicable</i> <input type="checkbox"/> Asli invoice/bukti pembayaran untuk perubahan atau tambahan perjalanan – untuk pengurangan perjalanan / <i>Original invoice/receipt for charges incurred in amending or purchasing additional air ticket - for trip curtailment only</i> <input type="checkbox"/> Konfirmasi pengembalian uang muka dari pihak hotel/travel agen/maskapai/pengangkut / <i>Confirmation from the hotel/travel agent/airline/carrier/certifying the amount of refund on the unused expenses</i> <input type="checkbox"/> Copy Kartu Identitas Ahli Waris dan Kartu Keluarga / <i>Copy of Identity Card of heirs and Family Card</i>
<p>Keterlambatan Bagasi; Keterlambatan Perjalanan; Penerbangan tidak Sinambung / <i>Baggage Delay, Travel Delay, Misconnection</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Konfirmasi tertulis dari maskapai atau agen perihal alasan dan lamanya keterlambatan / <i>Written confirmation from the airline or their agents about period of delay and including the reason of such delay</i> <input type="checkbox"/> Asli bukti pembelian darurat – hanya untuk klaim keterlambatan bagasi / <i>Original receipts for purchase of necessity/emergency – for baggage delay only</i> <input type="checkbox"/> Tanda bukti penerimaan bagasi / <i>Proof of acceptance of baggage</i>
<p>Tanggung Jawab Hukum Pribadi selama di luar negeri; Perlindungan Isi Rumah; Risiko Sendiri dari Sewa Kendaraan; Perlindungan Kartu Kredit / <i>Personal Liability; Household cover; Own Risk of Rent Vehicle; Credit Card Protection</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Surat Polisi / <i>Police report</i> <input type="checkbox"/> Surat Tuntutan dari pihak ketiga / <i>For any third party correspondence(s), summons or writs, all correspondences received in relation to the incident should be forwarded to us immediately unanswered</i> <input type="checkbox"/> Asli bukti pembelian barang yang di klaim. Jika tidak tersedia, mohon dilengkapi info jenis barang, tanggal, tempat dan harga item yang di klaim / <i>Original receipts for all items claimed. If not available, provide description of items and the date, place and price of purchase</i> <input type="checkbox"/> Foto Kerusakan/Luka yang dialami pihak ketiga / <i>Photos showing the scene of the accident, its environment and the extent of the third party property damaged and/or third party bodily injured</i> <input type="checkbox"/> Asli Perjanjian sewa kendaraan / <i>Original car rental agreement</i> <input type="checkbox"/> Copy Polis Kendaraan Bermotor yang disewa / <i>Copy of overseas motor insurance policy</i> <input type="checkbox"/> Surat keterangan dari nilai risiko sendiri dari biaya perbaikan/ <i>Certificate of own risk value of repair costs</i> <input type="checkbox"/> Surat Laporan Blokir Kartu Kredit dari Bank/ <i>Credit Card Blockage report from the Bank</i> <input type="checkbox"/> Tagihan Kartu Kredit/ <i>Credit Card Invoice</i>
<p>Pembajakan; Terorisme / <i>Hijacking; Terrorism</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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 / *Once your claim is registered, you will be updated through Email. If you have any query on your claim, please reach us on :*



1500 733



customer.general@axa.co.id

PT AXA Insurance Indonesia berkomitmen untuk menjadikan proses klaim asuransi perjalanan semudah mungkin. Terima kasih telah mempercayakan asuransi perjalanan Anda kepada kami. Kami senang dapat melayani Anda / PT AXA Insurance Indonesia is committed to making your travel insurance claim process as easy and stress-free as possible. Thank you for insuring with us. We are always glad to be of service.



PERNYATAAN DOKTER UNTUK KLAIM PERAWATAN RUMAH SAKIT
ATTENDING DOCTOR'S REPORT FOR HOSPITALIZATION CLAIM

Kepada Yth. DOKTER YANG MERAWAT/MENGOBATI :
To the DOCTOR who took care of the Patient

Kami mohon kesediaan DOKTER mengisi FORMULIR DOKTER ini dengan sebenarnya sesuai data yang ada dan yang DOKTER ketahui.Terima Kasih.
Please fill out this DOCTOR's REPORT truthfully according to medical records and the best of your knowledge. Thank you.

<u>Nama Pasien</u> Patient's Name _____		<u>No. Kartu Pasien/Rekam Medis</u> Patient Card/Med. Record No. _____	
<u>Tgl lahir/ usia</u> Date of birth/ Age _____		<u>Kelamin</u> Sex _____	

A. RIWAYAT KLINIS
CLINICAL HISTORY

1. a. Kapan dan dimana pertama kali pasien berkonsultasi dengan Anda mengenai penyakit/cidera yang menyebabkannya dirawat?
Date and place where the Patient first consulted you for the disease/injury that resulted in hospitalization?
Tanggal, bulan, tahun _____ Nama & Alamat Rumah Sakit / Klinik _____
Day, month, year ____/____/____ Name & address of hospital/clinic _____

b. Keluhan dan gejala penyakit/cideranya saat konsultasi pertama
Symptoms and signs the disease/injury during first consultation _____

c. DIAGNOSA penyakit/ cidera tersebut
DIAGNOSIS of the Disease of the injury _____

2. a. Berdasarkan anamnesa, kapan pertama kali keluhan/gejala penyakit/cidera tersebut terjadi ? Tanggal/Bulan/Tahun
When did symptoms/signs of the disease first appear ? Day/month/year
____/____/____

Apakah pasien sebelumnya pernah berkonsultasi ke Dokter lainnya ? Ya Tidak
Has the Patient previously consulted Any other Doctor ? Yes No

Jika YA, harap jelaskan : - Nama & Alamat Dokter tersebut
If Yes, please specify : Doctor's name & address _____
- Tanggal, bulan, tahun konsultasi pada dokter tersebut
- Diagnosa & Pengobatan yang diberikan Dokter tersebut
Diagnosis & Treatment which was given by that Doctor _____

B. RIWAYAT MASUK RUMAH SAKIT
HOSPITALIZATION HISTORY

1. Perawatan di Rumah Sakit Dari (tanggal, bulan, tahun) _____ dirujuk oleh
Dates of hospitalization From (day, month, year) ____/____/____ referred by
Sampai (tanggal, bulan tahun) _____ Nama & Alamat Dokter tersebut
To (day, month, year) ____/____/____ Doctor's name & address _____

2. a. Hasil pemeriksaan fisik (dilampirkan) Tinggi badan _____ cm Berat badan _____ kg
Physical examination results (attached) Height _____ cm Weight _____ kg
Tekanan darah _____ mmH Keadaan jantung, paru-paru dan lainnya
Blood pressure _____ mmH Condition of heart, lungs, and others _____

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan (laboratorium, X-ray, EKG, dll dilampirkan)
Other tests performed (laboratory, X-ray, ECG, etc, are attached) _____

3. DIAGNOSA AKHIR
FINAL DIAGNOSIS _____

4. a. Pengobatan yang diberikan
Medical treatment given _____

b. Jenis Operasi (jika dilakukan tindakan bedah)
Type of operation (if surgery was performed) _____
Tanggal pembedahan dilakukan _____ Nama ahli bedah
Date surgery performed ____/____/____ Surgeon's name _____

c. Kondisi saat lepas Rawat Inap : _____
 Present condition out hospitalization

5. Apabila pasien meninggal dunia
 If the patient died

a. Tempat, Tanggal dan waktu meninggal _____
 Place, date and time of death

b. Sebab meninggal dunia _____
 Cause of death

c. Penyakit yang mendasari (sejak kapan menderita) _____
 Underlying disease (since when suffer)

C. RIWAYAT PENYAKIT
DISEASE HISTORY

Apakah Diagnosa Akhir (pada B-3) itu
 Is the Final Diagnosis (stated in B-3)

a. berhubungan dengan kehamilannya (jika pasien adalah wanita) ?
 related of pregnancy (if the patient is female) ? Ya / Yes Tidak / No

b. merupakan suatu penyakit kronis atau episode berulang ?
 a Chronic disease or a recurrent Episode ? Ya / Yes Tidak / No

Jika Ya, kapan pertama kali terjadi ? Tanggal, bulan, tahun
 If Yes, when did it occur for the first time ? Day, month, year ____/____/____

c. SEKUNDER/KOMPLIKASI dari suatu penyakit lain?
 a SECONDARY/COMPLICATION of another disease ? Ya / Yes Tidak / No

Jika Ya, apakah diagnosa penyakit primer tersebut ?
 If Yes, Diagnosis of Primary Disease ? _____

Tanggal, bulan, tahun mulai diderita penyakit primer tersebut ?
 Day, month, year it initially occurred ? ____/____/____

*Mohon lampirkan resume medis

D. LAIN – LAIN
OTHERS

RIWAYAT MEDIS YANG LALU
PREVIOUS MEDICAL HISTORY

1. Jika ia menderita Penyakit lainnya mohon sebutkan diagnosa penyakit
 If the patient suffered from another disease, the Diagnosis was _____
Tanggal, bulan, tahun mulai diderita penyakit tersebut
 Day, month, year it was initially suffered ____/____/____

2. Mohon data seluruh kunjungan pasien rawat jalan/ rawat inap untuk penyakit/ Luka apapun
 Please data all visits outpatient or inpatient patient for diseases or any wound

<u>Tanggal / bln / nthn</u> Day / month / year	<u>Diagosa</u> Diagnosis	<u>Pengobatan / operasi yang dilakukan</u> Details of treatment / surgery	<u>Nama & alamat dokter / RS</u> Name & adres of the doctor / hospital
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Dengan ini saya menyatakan bahwa Saya telah melakukan pemeriksaan/ perawatan medis pasien ini dan ketentuan ini adalah benar.
 I hereby clarify that I have examined/ treated the patient and this statement is true.

Nama Dokter _____ Kualifikasi/ spesialisasi _____
 Doctor's Name Qualification/ specialization

Alamat Dokter _____
 Doctor's Address

No. Telepon / HP _____ Tanda Tangan Dokter _____ Cap Dokter/ Rumah Sakit _____
 Phone/ HP Number Doctor's signature Doctor/ hospital stamp

Nama & alamat Rumah Sakit _____
 Name & Address of the hospital

Tempat & tanggal diisi keterangan ini _____
 Place & date this statement was written