

# Formulir Klaim Asuransi Syariah Kecelakaan Diri

## *Personal Accident Sharia Insurance Claim Form*

CHUBB®

### **Petunjuk Pengajuan Klaim / Claim Submission Guidelines**

---

- i. Formulir ini harus diisi dengan benar, lengkap dan jelas. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi.  
*This form shall be filled in correctly, completely and clearly. Claim can only be processed if all supporting documents have been completed.*
- ii. Semua dokumen pendukung asli harap dilampirkan.  
*All original documents shall be attached.*
- iii. Kirimkan kembali formulir bersama: surat lapor polisi, surat keterangan perusahaan, fotokopi KTP dan KK, visum et repertum. Asli kuitansi Dokter/ Rumah Sakit dan resep obat, dll.  
*Send this form together with police report for traffic accident, company statement for working accident, ID card, family card, visum et repertum. Original Doctor/ Hospital receipts & prescription for medical expenses due to accident, etc.*
- iv. Untuk klaim cacat sebagian, harap dokter yang merawat melengkapi formulir daftar cacat terlampir yang ditandatangani oleh dokter yang merawat.  
*If partial disability claim, please also complete the attached disability chart acknowledge and signed by the attending physician.*

### **Informasi Pengajuan Klaim / Claim Submission Information**

---

1. Nomor Polis : .....  
*Policy Number*
2. Nama Peserta : .....  
*Name of Participant*
3. Nomor Kartu Identitas : .....  
*ID Card Number*
4. Alamat : .....  
*Address*  
.....  
.....
5. Kode Pos : .....  
*Postal Code*
6. Rincian Kontak : .....  
*Contact Details*
  - Nomor Telepon Rumah : .....  
*Home Phone Number*
  - Nomor Telepon Kantor : .....  
*Office Phone Number*
  - Nomor Selular : .....  
*Mobile Number*

- Nomor Faks : .....  
Fax Number
  - Alamat Email : .....  
Email Address
7. Nama Perusahaan : .....  
(Jika diasuransikan oleh perusahaan)  
Company Name  
(If insured by the company)

**Keterangan Kecelakaan / Accident Details**

---

Beri tanda (✓) untuk jenis kecelakaan berikut ini  
Please tick (✓) the application type of accident below

1. Jenis Kecelakaan  
Type of Accident

Kecelakaan Lalu Lintas  
Traffic Accident

Kecelakaan Kerja  
Workplace Accident

Kecelakaan Lainnya  
Other Accident

2. Tempat Kecelakaan  
Place of Accident

.....  
.....

3. Tanggal & Waktu Kecelakaan  
Date & Time of Accident

Tanggal ..... Bulan ..... Tahun ..... Jam .....  
Date Month Year Time

4. Berita Acara Kecelakaan  
Details of Accident

.....  
.....  
.....

**Jenis Klaim / Type of Claim**

---

Beri tanda (✓) untuk jenis kecelakaan berikut ini  
Please tick (✓) the application type of accident below

Santunan Medis  
Medical Benefit

Meninggal Karena Kecelakaan  
Accidental Death

Cacat Total Tetap  
Permanent Disability

Cacat Total Sebagian  
Partial Disability

Santunan Mingguan  
Weekly Benefit

1. Jelaskan sifat luka yang menyebabkan kematian  
Please state nature of injury that causes death

.....  
.....

2. Jika mengalami ketidakmampuan, harap lengkapi pernyataan berikut ini  
If you suffer from disability please fill in below

Jenis Ketidakmampuan/Cacat  
Nature of disability

.....  
.....

Tidak dapat masuk kerja sejak:  
*Unable to attend work from*

Tanggal ..... Bulan ..... Tahun ..... Sampai Tanggal ..... Bulan ..... Tahun .....  
*Date ..... Month ..... Year ..... to Date ..... Month ..... Year .....*

Untuk klaim ini mohon sertakan daftar absensi selama 1 bulan sebelum dan sesudah kecelakaan  
*For the purpose of this claim please attached your absence report 1 month before and after the accident*

**Pernyataan/Surat Kuasa / Declaration/Authorization**

Saya/Kami menyatakan bahwa seluruh informasi tersebut diatas diberikan dengan sebenar-benarnya dan Saya/Kami tidak menahan/menyembunyikan informasi yang mempengaruhi PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia dalam pertimbangan klaim. Saya/Kami mengerti klaim ini dapat ditolak atau dikurangi jika informasi yang diberikan tidak benar.

*I/We declare that the information given in the above are true and complete in every detail and I/We do not withhold any information likely to affect PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia's consideration of the claim. I/We understand the claim may be refused or reduced if the given information is incorrect.*

Saya/Kami mengerti dan menyetujui bahwa PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia mengumpulkan dan menyimpan data pribadi Saya/Kami untuk menyediakan, mengelola, mengembangkan dan menawarkan berbagai produk dan jasa asuransi kepada Saya/Kami. Untuk mencapai hal tersebut, PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia dapat mengungkapkan data pribadi Saya/Kami kepada pihak ketiga yang layak baik di dalam maupun di luar wilayah Republik Indonesia, termasuk para penyedia jasa dan perusahaan lain dalam kelompok usaha PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia. Saya/Kami setuju bahwa PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia dapat menyimpan, menggunakan dan mengungkapkan data pribadi Saya/Kami dengan cara yang demikian.

*I/We understand and agree that PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia collect and record My/Our personal data to provide, manage, develop and offer various insurance product and service to Me/Us. To achieve this, PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia may disclose My/Our personal data to appropriate third parties in or outside the Republic of Indonesia, including service providers and other companies within PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia's group of business. I/We hereby consent to PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia recording, using and disclosing My/Our personal data in this way.*

Dengan ini Saya/Kami memberi kuasa, kepada setiap Dokter, Rumah Sakit/Klinik, Perusahaan dan Organisasi lain, Institusi ataupun perorangan yang mengetahui keadaan atau kesehatan Saya/Kami untuk mengungkap setiap dan semua informasi kepada PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia atau mereka yang mewakilinya, dan Saya/Kami memberikan kuasa kepada PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia untuk memperoleh setiap dan semua informasi berhubungan dengan hal tersebut.

*I/We hereby authorise any Doctor(s) who has ever medically attended me, or any Hospital/Clinics, Companies, and other Organizations, Institution and Individual to disclose any or all relevant knowledge or information pertaining to My/Our condition to PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia or their Authorised Representative and I/We hereby authorize PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia to obtain such knowledge and information with that regards.*

Nama & tanda tangan Peserta / <i>Name &amp; signature of Participant</i>	Tanggal / Date

**Surat Keterangan Dokter / Attending Physician's Statement**

1. Uraikan secara singkat sifat luka yang diderita  
*Please state nature of injury that causes death*

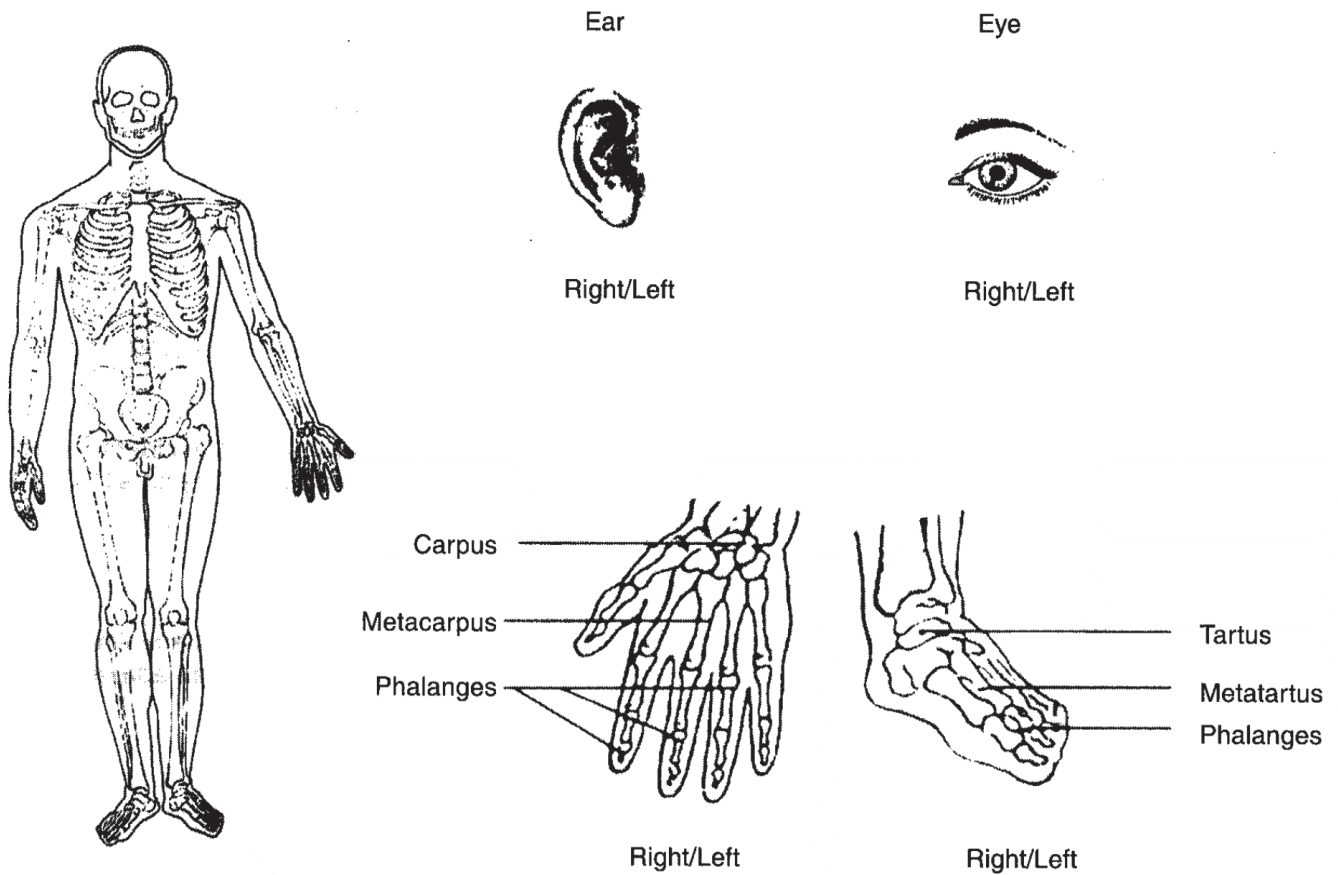
.....  
.....

2. a. Terangkan selengkap-lengkapny sebab dari luka yang diderita  
*Please state as fully as possible the cause of the injuries*

.....  
.....



9. Jika Pasien mengalami kehilangan anggota badan, jelaskan dan tunjukkan pada gambar  
*If Patient is suffered from dismemberment due to loss of any part of the body, please explain and indicate*



Demikian keterangan diatas dibuat dengan sebenarnya sesuai dengan sumpah jabatan  
*I here with declare that the above information is prepared in accordance with my medical oath*

Nama dan tanda tangan Dokter Pemeriksa / Name and signature of Attending Physician	Stempel / Stamp	Keahlian / Qualification
Alamat / Address		

**Cara Pembayaran Klaim / Method of Claim Payment**

---

Nama Pemegang Polis : ..... Nomor Polis : .....  
*Policy Holder's Name Policy Number*

**Informasi Bank / Bank Transfer Information**

---

Nama Bank-Cabang : .....  
*Name of Bank-Branch*

Nomor Rekening : ..... Atas Nama : .....  
*Account Number In the Name of*

<b>Tanda tangan &amp; Nama Peserta / Signature &amp; Name of Participant</b>	<b>Tanggal / Date</b>

**Chubb Syariah**

PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia. Jl. Mangga Dua Raya, Komplek Grand Boutique Centre Blok E No. 2-4 Jakarta 14430, Indonesia.  
Tel: +62-21-62309433. Fax: +62-21-6126641. Web: www.chubbsyariah.co.id.  
Hotline: +62 889 266 4444 atau +62 811 869 2751

©2017 Chubb. Perlindungan ditanggung oleh satu atau lebih anak perusahaan. Tidak semua perlindungan tersedia diseluruh yurisdiksi. Chubb® dan logo terkait lainnya, serta Chubb. Insured.<sup>SM</sup> merupakan merek dagang milik Chubb.

PT Asuransi Chubb Syariah Indonesia terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.