

FORMULIR KLAIM Kecelakaan Pribadi

Personal Accident CLAIM FORM

Laporan ini harus diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak terjadinya kecelakaan. Klaim tidak diterima tanpa keterangan medis (Dokter) yang diajukan oleh Tertanggung (pemegang polis) atas biaya sendiri.

This report must be completed and returned within 90 (ninety) calendar days since the accident. Claims will not be accepted without a medical certificate (Doctor) filed by the insured (the policyholder) at his own expense.

A. INFORMASI TERTANGGUNG/PEMOHON INSURED/ CLAIMANT DETAILS

| | |
|--|------------------|
| Period Asuransi / <i>Insurance Period</i> (Tanggal/Hari/Tahun) / (DD MM YY) | Dari: Sampai: |
| Nomor Polis / <i>Policy Number</i> | |
| Nama Lengkap / <i>Full Name</i> Nama Perusahaan / <i>Company Name</i> | |
| Alamat Lengkap / <i>Full Address</i> | |

B. INFORMASI UMUM / GENERAL INFORMATION

| | |
|--|--|
| Nama Lengkap dari yang mengalami kecelakaan (penderita/korban) <i>Full Name of the Accident Victim</i> | |
| Tempat/Tanggal Lahir <i>Place/Date of Birth</i> | |
| Profesi/Jabatan <i>Profession/Title</i> | |
| Alamat Lengkap <i>Full Address</i> | |
| Waktu & Tanggal Terjadinya Kecelakaan <i>Time and Date of Accident</i> | |
| Tempat Terjadinya kecelakaan <i>Location of Incident</i> | |
| Jelaskan secara rinci bagaimana kecelakaan terjadi <i>Please describe in detail how was the accident happened</i> | |

| | |
|--|--|
| Gambaran mengenai luka/cidera yang diderita <i>Please describe in detail about the injury</i> | |
| Sebutkan nama-nama dan alamat-alamat dari saksi-saksi yang berada dilokasi saat kecelakaan terjadi <i>Please mention the names and addresses of witnesses of the incident</i> | |

C. PERNYATAAN / DECLARATION

[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.

[Data Pribadi] / [Personal Data]

Dengan ini Saya/Kami menyetujui bahwa data dan informasi pribadi yang Saya/Kami berikan kepada PT Mandiri AXA General Insurance ("MAGI") baik diberikan secara langsung dan/atau melalui pihak ketiga yang berkaitan dalam proses klaim dapat disimpan, diproses dan/atau dikirimkan oleh MAGI untuk: / I/We hereby agree that the personal data and information that I/We provide to PT Mandiri AXA General Insurance ("MAGI") whether directly and/or through third parties related to the claim process may be saved, processed and/or sent by MAGI for:

Keperluan klaim yang Saya/Kami ajukan atas pertanggung jawaban yang Saya/Kami miliki di MAGI, termasuk namun tidak terbatas pada pemberian data dan informasi pribadi kepada pihak ketiga lain yang berkaitan dalam proses klaim yang Saya/Kami ajukan termasuk Regulator dan Pihak yang Berwenang dan/atau Asosiasi. / The claims purposes that I/We submit for I/Our coverage at PT MAGI, including but not limited to providing personal data and information to third parties related to the claims process, Regulators, Authorized Parties and/ or Association.

- Ya / Yes
 Tidak / No

Sehubungan dengan persetujuan tersebut di atas, maka: / In connection with the approval above, therefore:

Saya/Kami telah sepenuhnya mengerti mengenai hal-hal di bawah ini: / I/We have fully understood the following matters:

a. PT MAGI berkomitmen untuk menjaga kerahasiaan dan melaksanakan pemrosesan data pribadi Saya/Kami secara sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, sampai dengan batas waktu yang telah ditentukan sesuai dengan kebijakan retensi MAGI kecuali penyimpanan lebih lanjut diperlukan untuk memenuhi periode retensi yang lebih lama untuk memenuhi persyaratan operasional, hukum, peraturan, pajak, atau akuntansi MAGI. / PT MAGI is committed to maintaining confidentiality and lawfully processing of my/our personal data in accordance with applicable laws and regulations, up to a predetermined retention period in accordance with MAGI's retention policy unless prolonged retention is required to fulfill a longer retention period of operational, legal, regulatory, tax, or accounting requirements of MAGI.

b. Dalam hal data pribadi Saya/Kami tidak lagi diperlukan untuk tujuan di atas, maka MAGI akan menghancurkan atau menganonimkan dari catatan dan sistem cadangan MAGI sesuai dengan kebijakan retensi PT MAGI kecuali penyimpanan lebih lanjut diperlukan untuk memenuhi periode retensi yang lebih lama untuk memenuhi persyaratan operasional, hukum, peraturan, pajak, atau akuntansi MAGI. / In the event that my/our personal data is no longer necessary for the above purposes, MAGI will destroy or anonymize from MAGI's records and backup systems in accordance with MAGI's retention policy unless prolonged retention is required to fulfill a longer retention period of operational, legal, regulatory, tax or accounting operations.

c. Saya/Kami berhak, dengan memberikan pemberitahuan tertulis kepada MAGI sebelumnya, untuk mengakses dan mendapatkan salinan, melengkapi dan/atau memperbaharui kesalahan data dan informasi yang Saya/Kami berikan, menarik kembali persetujuan mengenai pemrosesan data Saya/Kami, mengakhiri pemrosesan, menghapus, dan/atau memusnahkan data Saya/Kami, serta hak-hak lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Kecuali telah Saya/Kami berikan persetujuannya sebagaimana diatas. / I/We have the right, by giving written notification to MAGI in advance, to access and obtain copies, complete and/or update the false data and information that I/We provide, withdraw consent regarding the processing of My/Our data, end processing, delete, and/or destroy My/Our data, as well as other rights in accordance with the provisions of the applicable laws and regulations.

Tanggal/Date

Tanda Tangan Tertanggung/Pemohon / Signature of Insured/ Claimant