Asuransi Mahasiswa STIE Perbanas Surabaya

Seluruh Mahasiswa STIE Perbanas Surabaya yang terdaftar dengan status Aktif (A), Aktif-Skorsing (AS), Cuti Kuliah (C), dan yang hanya melakukan daftar ulang-Tidak KRS(N1), telah di Asuransikan oleh pihak STIE Perbanas Surabaya.

Santunan Asuransi berupa pembayaran uang pertanggungan* apabila Peserta / Tertanggung terjadi Kematian, Cacat Tetap, Biaya Perawatan dan atau Pengobatan yang secara langsung disebabkan oleh suatu kecelakaan.

Jumlah Klaim:

Berdasarkan keputusan analis dari vendor asuransi

Prosedur Klaim

1. Melapor ke bagian kemahasiswaan secara langsung atau via telepon 031-5947151-52, ext 122 *(tidak lebih dari 3 (tiga) hari setelah tanggal kejadian)*
2. Mengisi Formulir klaim Asuransi (Bisa di-Unduh di halaman utama SIMAS http://simas-online.perbanas.ac.id atau mengambil di Layanan Terpadu)
3. Melengkapi berkas pendukung antara lain: Formulir klaim Asuransi; Kwitansi asli biaya pengobatan; Fotocopy KTP; Fotocopy KTM dan/ atau SIM. Untuk klaim kematian, ditambahkan surat keterangan visum, kwitansi asli biaya pemakaman, biaya ambulan.
4. Menyerahkan berkas yang telah lengkap ke bagian Layanan Terpadu.
5. Bagian kemahasiswaan akan melakukan administrasi pengajuan klaim kepada Provider Asuransi dan Mahasiswa akan dihubungi selanjutnya.

Form Asuransi

Form serta petunjuk pengisian form ada di halaman berikutnya >>>

LINK DOWNLOAD

AXA GENERAL
redefining / insurance

Customer Care Centre
AXA Tower lt. GF
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18, Kuningan City
Jakarta 12940, Indonesia
Tel : +62 21 3005 9005
Fax : +62 21 3005 9008
Email : customer@axa-insurance.co.id

Personal Accident Claim Form

Please complete this claim form accurately to ensure speedy claim settlement. Wherever tick boxes (☐) appear, please tick (√) as appropriate. If insufficient space is provided for your answers, please continue on a separate sheet. Issuance of this form does not represent any admission of liability by the Company
Isilah formulir klaim ini dengan lengkap dan benar untuk mempercepat proses penyelesaian klaim. Jika ada kotak pilihan (☐) harap beri tanda (√). Jika kotak jawaban tidak mencukupi harap dilanjutkan di lembar terpisah. Pengajuan formulir ini bukanlah pengakuan akan adanya ganti rugi.

Policy number
Nomor polis

1. General / *Umum*

1 Name of Insured
Nama Tertanggung: Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi Perbanas Surabaya

2 (a) Correspondence address
Alamat surat menyurat: Jl. Nginden Seomolo 34-46 Surabaya
60118

(b) Contact telephone no.
Nomor telepon: 031 5947151/5947152

(c) Facsimile no.
No. faksimili: 031-5995094/5935937

3 Occupation
Bidang usaha /Pekerjaan: INSTITUSI PENDIDIKAN

4 Period of insurance
Jangka waktu asuransi: 3 September 2019 s/d 3 September 2020

2. Details of the Insured Person / *Keterangan Mengenai Orang yang Diasuransikan*

1 (a) Name
Nama:

(b) Age
Umur:

2 Correspondence address
Alamat surat - menyurat:

3 Occupation
Bidang usaha / Pekerjaan: MAHASISWA

3. Details of the Accident / *Keterangan Mengenai Kecelakaan*

1 (a) Date accident occurred
Tanggal kejadian:

(b) Time
Jam:

(b) Place of accident
Lokasi kecelakaan:

2 Describe fully how the accident occurred
Jelaskan dengan lengkap bagaimana kecelakaan tersebut terjadi

(C012 12/03 EL)

3 Name and address of witnesses
Nama dan alamat para saksi

4. Details of the Injuries / *Keterangan Mengenai Luka yang Diderita*

1 Nature of injuries (or official cause of death)
Luka yang diderita (atau penyebab resmi kematian)

2 Name of medical attendant
Nama pihak yang merawat

3 Are there any other insurances in force covering the insured person in respect of this injury ? Yes *Ya* ☐ No *Tidak* ☐
Apakah ada asuransi lain yang juga menutup resiko kecelakaan ini ?
If 'YES', please give details regarding the name of insurer, policy number and insurance period
Jika 'YA', harap jelaskan nama perusahaan asuransinya, nomor polis dan jangka waktu asuransinya

4 Will any claim be made against third party in respect of this accident ? Yes *Ya* ☐ No *Tidak* ☐
Apakah tertanggung akan mengajukan tuntutan kepada pihak ketiga yang menyebabkan terjadinya kecelakaan ini ?
If 'YES', why is such claim being made ?
Jika ' YA', apa dasar tuntutan klaimnya ?

The name and address of the third party
Nama dan alamat dari pihak ketiga tersebut

V Declaration / *Pernyataan*

I / We warrant that the foregoing statements and particulars are true to the best of my / our knowledge and belief
Saya / Kami menyatakan bahwa pernyataan di atas adalah benar dan di buat dengan sejujur - jujurnya

Kabag. Adm Kemahasiswaan

Sunartiningsih, SE

Authorised signature and name
Tanda tangan dan nama jelas

Date
Tanggal

AXA GENERAL
redefining / insurance

Customer Care Centre
AXA Tower lt. GF
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18, Kuningan City
Jakarta 12940, Indonesia
Tel : +62 21 3005 9005
Fax : +62 21 3005 9008
Email : customer@axa-insurance.co.id

Personal Accident Claim Form

Note **This final notification must be completed and returned as soon as the insured person has fully recovered or on confirmation of permanent disability. The medical certificate (overleaf) must be completed by the medical attendant who treated the insured person**

Catatan ***Laporan akhir ini harus dilengkapi dan dikembalikan secepatnya setelah penderita dinyatakan sembuh atau menderita cacat permanen. Laporan medis di balik ini harus dilengkapi oleh orang yang merawat penderita***

Name of Insured
Nama Tertanggung: Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi Perbanas Surabaya

Name of Insured person
Nama orang yang diasuransikan:

Total Disablement Claim / *Klaim Cacat Total*
Period between which the Insured person has been totally disabled by the accident from attending his usual business
Jangka waktu dimana penderita menderita cacat total sehingga total tidak dapat bekerja

From *Dari* _____ to *sampai* _____

Partial Disablement Claim / *Klaim Cacat Sebagian*
Period between which the Insured Person has been partially disabled by the accident from attending his usual business
Jangka waktu dimana penderita menderita cacat sebagian sehingga tidak sepenuhnya dapat bekerja

From *Dari* _____ to *sampai* _____

Claim Amount / *Jumlah Klaim*

For total disablement *Untuk cacat total* _____ For partial disablement *Untuk cacat sebagian* _____

Total claim *Jumlah klaim* _____

Declaration / *Pernyataan*

I/We do hereby solemnly declare that the above statements are true and that the insured person has not abstained from attending his / her usual business, either totally or partially, for a longer period that he / she was compelled by the accident
Saya menyatakan bahwa pernyataan di atas adalah benar dan bahwa penderita karena kecelakaan yang dialaminya harus beristirahat dari tugasnya secara total atau sebagian dalam jangka waktu yang wajar dan tidak dilebih-lebihkan

Kabag. Adm Kemahasiswaan

Sunartiningsih, SE

Insured's name and signature
Tanda tangan dan nama Tertanggung

Date
Tanggal

(C013 12/03 EL)

Certificate of Medical Attendant
Surat keterangan dokter / pihak yang merawat

Patient's name
Nama pasien

Are you the patient's usual doctor ? Yes ☐ No ☐ If 'YES', for how long
Apakah anda dokter langganannya? Ya Tidak Jika 'YA', untuk berapa lama

Date of first consultation
Tanggal pertama konsultasi

Nature and extent of injury
Jenis dan parahnya luka

Period of disability *Periode tidak aktif*	Extent *Jenis*	From *Dari*	To *Sampai*
	– Confined to house/hospital *Harus tinggal di rumah/rumah sakit*		
	– Totally disabled by the accident from following his usual business, profession or occupation *Tidak dapat bekerja secara total*		
	– Partially disabled by the accident from following his usual business, profession or occupation *Dapat bekerja tetapi tidak secara penuh*		

If the patient has fully recovered, date of recovery
Jika pasien sudah sembuh total, tanggal kesembuhannya

I hereby certify having personally examine the above mentioned patient and that in my opinion the disability arises solely as a result of the above accident
Saya menyatakan telah memeriksa penderita di atas dan pada pandangan saya ketidakmampuannya bekerja adalah benar disebabkan oleh kecelakaan yang dialaminya

Name and signature
Tanda tangan dan nama jelas

Date
Tanggal

Petunjuk Form Asuransi

Silahkan isi formulir sesuai dengan petunjuk berikut, apabila terdapat pertanyaan bisa menghubungi Layanan Terpadu pada jam kerja >>>

Petunjuk pengisian form

AXA GENERAL
redefining / insurance

Customer Care Centre
AXA Tower lt. GF
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18, Kuningan City
Jakarta 12940, Indonesia
Tel : +62 21 3005 9005
Fax : +62 21 3005 9008
Email : customer@axa-insurance.co.id

Personal Accident Claim Form

Please complete this claim form accurately to ensure speedy claim settlement. Wherever tick boxes (☐) appear, please tick (√) as appropriate. If insufficient space is provided for your answers, please continue on a separate sheet. Issuance of this form does not represent any admission of liability by the Company
Isilah formulir klaim ini dengan lengkap dan benar untuk mempercepat proses penyelesaian klaim. Jika ada kotak pilihan (☐) harap beri tanda (√). Jika kotak jawaban tidak mencukupi harap dilanjutkan di lembar terpisah. Pengajuan formulir ini bukanlah pengakuan akan adanya ganti rugi.

Policy number
Nomor polis

1. General / *Umum*

1 Name of Insured
Nama Tertanggung: Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi Perbanas Surabaya

2 (a) Correspondence address
Alamat surat menyurat: Jl. Nginden Seomolo 34-46 Surabaya
60118

(b) Contact telephone no.
Nomor telepon: 031 5947151/5947152
(c) Facsimile no.
No. faksimili: 031-5995094/5935937

3 Occupation
Bidang usaha /Pekerjaan: INSTITUSI PENDIDIKAN

4 Period of insurance
Jangka waktu asuransi: 3 September2017 s/d 3 September2018

2. Details of the Insured Person / *Keterangan Mengenai Orang yang Diasuransikan*

1 (a) Name
Nama: NAMA MAHASISWA
(b) Age
Umur: 20

2 Correspondence address
Alamat surat - menyurat: JL. BUNGA MELATI
SURABAYA

3 Occupation
Bidang usaha / Pekerjaan: MAHASISWA

3. Details of the Accident / *Keterangan Mengenai Kecelakaan*

1 (a) Date accident occurred
Tanggal kejadian: 1 - JAN - 2015
(b) Time
Jam: 7.30 WIB
(b) Place of accident
Lokasi kecelakaan: JL. BURUNG BANGAU / DEPAN POS POLISI

2 Describe fully how the accident occurred
Jelaskan dengan lengkap bagaimana kecelakaan tersebut terjadi

KRONOLOGI KEJADIAN

(C012 12/03 EL)

PETUNJUK PENGISIAN

Petunjuk pengisian form

3 Name and address of witnesses
Nama dan alamat para saksi

NAMA & ALAMAT SAKSI

4. Details of the Injuries / *Keterangan Mengenai Luka yang Diderita*

1 Nature of injuries (or official cause of death)
Luka yang diderita (atau penyebab resmi kematian)

PATAH TULANG

2 Name of medical attendant
Nama pihak yang merawat

Dr. BAMBANG.

3 Are there any other insurances in force covering the insured person in respect of this injury ?
Apakah ada asuransi lain yang juga menutup resiko kecelakaan ini ?

Yes *Ya* ☐ No *Tidak* ☑

If 'YES', please give details regarding the name of insurer, policy number and insurance period
Jika 'YA', harap jelaskan nama perusahaan asuransinya, nomor polis dan jangka waktu asuransinya

4 Will any claim be made against third party in respect of this accident ?
Apakah tertanggung akan mengajukan tuntutan kepada pihak ketiga yang menyebabkan terjadinya kecelakaan ini ?

Yes *Ya* ☐ No *Tidak* ☐

If 'YES', why is such claim being made ?
Jika 'YA', apa dasar tuntutan klaimnya ?

–

The name and address of the third party
Nama dan alamat dari pihak ketiga tersebut

–

V Declaration / *Pernyataan*

I / We warrant that the foregoing statements and particulars are true to the best of my / our knowledge and belief
Saya / Kami menyatakan bahwa pernyataan di atas adalah benar dan di buat dengan sejujur - jujurnya

Kabag. Kemahasiswaan

TITIK SUMARNI, SE

Authorised signature and name
Tanda tangan dan nama jelas

Date
Tanggal

PETUNJUK PENGISIAN

Petunjuk pengisian form

AXA GENERAL
redefining / insurance

Customer Care Centre
AXA Tower lt. GF
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18, Kuningan City
Jakarta 12940, Indonesia
Tel : +62 21 3005 9005
Fax : +62 21 3005 9008
Email : customer@axa-insurance.co.id

Personal Accident Claim Form

Note **This final notification must be completed and returned as soon as the insured person has fully recovered or on confirmation of permanent disability. The medical certificate (overleaf) must be completed by the medical attendant who treated the insured person**

Catatan ***Laporan akhir ini harus dilengkapi dan dikembalikan secepatnya setelah penderita dinyatakan sembuh atau menderita cacat permanen. Laporan medis di balik ini harus dilengkapi oleh orang yang merawat penderita***

Name of Insured
Nama Tertanggung: Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi Perbanas Surabaya

Name of Insured person
Nama orang yang diasuransikan: NAMA MAHASISWA 1

Total Disablement Claim / *Klaim Cacat Total*
Period between which the Insured person has been totally disabled by the accident from attending his usual business
Jangka waktu dimana penderita menderita cacat total sehingga total tidak dapat bekerja

From *Dari*: 2 - Jan - 2015 to *sampai*: 3 - Feb - 2015

Partial Disablement Claim / *Klaim Cacat Sebagian*
Period between which the Insured Person has been partially disabled by the accident from attending his usual business
Jangka waktu dimana penderita menderita cacat sebagian sehingga tidak sepenuhnya dapat bekerja

From *Dari*: – to *sampai*: –

Claim Amount / *Jumlah Klaim*
For total disablement *Untuk cacat total*: – For partial disablement *Untuk cacat sebagian*: –

Total claim *Jumlah klaim*: Rp. 10.000.000,–

Declaration / *Pernyataan*

I/We do hereby solemnly declare that the above statements are true and that the insured person has not abstained from attending his / her usual business, either totally or partially, for a longer period that he / she was compelled by the accident
Saya menyatakan bahwa pernyataan di atas adalah benar dan bahwa penderita karena kecelakaan yang dialaminya harus beristirahat dari tugasnya secara total atau sebagian dalam jangka waktu yang wajar dan tidak dilebih-lebihkan

Kabag. Kemahasiswaan
✓
Titik Sumarni, SE

Insured's name and signature
Tanda tangan dan nama Tertanggung

✓
Date
Tanggal

(C013 12/03 EL)

PETUNJUK PENGISIAN

Petunjuk pengisian form

Certificate of Medical Attendant
Surat keterangan dokter / pihak yang merawat

Patient's name
Nama pasien

NAMA PASIEN / MAHASISWA

Are you the patient's usual doctor ?
Apakah anda dokter langganannya?

Yes ☐ *Ya* No ☐ *Tidak*

If 'YES', for how long
Jika 'YA', untuk berapa lama

Date of first consultation
Tanggal pertama konsultasi

Nature and extent of injury
Jenis dan parahnya luka

Period of disability *Periode tidak aktif*	Extent *Jenis*	From *Dari*	To *Sampai*
–	Confined to house/hospital *Harus tinggal di rumah/rumah sakit*		
–	Totally disabled by the accident from following his usual business, profession or occupation *Tidak dapat bekerja secara total*		
–	Partially disabled by the accident from following his usual business, profession or occupation *Dapat bekerja tetapi tidak secara penuh*		

If the patient has fully recovered, date of recovery
Jika pasien sudah sembuh total, tanggal kesembuhannya

I hereby certify having personally examine the above mentioned patient and that in my opinion the disability arises solely as a result of the above accident
Saya menyatakan telah memeriksa penderita di atas dan pada pandangan saya ketidakmampuannya bekerja adalah benar disebabkan oleh kecelakaan yang dialaminya

Name and signature
Tanda tangan dan nama jelas
+
STEMPEL

Date
Tanggal

PETUNJUK PENGISIAN