

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM (CLAIM APPLICATION FORM)

- Mohon mengisi dengan menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak dan tulisan tidak keluar dari kotak, jelas dan memberi tanda / pada kotak jawaban yang sesuai.
Please write in black ink, block letter and answers is not out of the box, clear and give tick mark on the appropriate check box.
- Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan.
if there is a data correction, then streak the wrong data, take a note with a correct data and give the signature beside the correct data, accordance with the identity card attached.
- Untuk mempercepat proses pengajuan Anda, mohon mengisi dengan jelas dan benar serta melengkapi seluruh persyaratan yang tertera di formulir ini.
To accelerate your submission process, please fill in clearly and correctly and completing all the requirements listed on this form.

I. DATA YANG MENGAJUKAN KLAIM / CLAIM REQUESTOR DATA	
1. Nama Lengkap Full Name	: <input style="width: 95%;" type="text"/>
2. Jenis Identitas Diri Identity Type	: <input type="checkbox"/> E-KTP Electronic ID Card <input type="checkbox"/> SIM Driving License <input type="checkbox"/> Paspor Passport <input type="checkbox"/> Akta Lahir Birth Certificate
3. No. Identitas Diri Identity Number	: <input style="width: 100%;" type="text"/>
4. Alamat Tinggal Residence Address	: <input style="width: 100%;" type="text"/>
5. Data Korespondensi Correspondence Data	No. HP Handphone Number : <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Telpon Kantor Office Phone : <input style="width: 20%;" type="text"/> - <input style="width: 20%;" type="text"/> - <input style="width: 20%;" type="text"/> - <input style="width: 20%;" type="text"/> - <input style="width: 20%;" type="text"/> - <input style="width: 20%;" type="text"/>
	Email Email Address : <input style="width: 100%;" type="text"/>
6. Hubungan dengan Tertanggung Relationship with Insured	: <input style="width: 100%;" type="text"/>

Informasi proses klaim ini akan dikirimkan melalui pesan SMS/Whatsapp dan email yang telah terdaftar di Tokio Marine Life. Mohon lakukan Penginian Data.
The development of claim process will be informed through SMS/Whatsapp texting and email that registered at Tokio Marine Life. Please update your information first.

II. DATA PENGAJUAN KLAIM / CLAIM APPLICATION DATA	
1. No. Polis Policy Number	: <input style="width: 95%;" type="text"/>
2. Nama Pemegang Polis Policyholder Name	: <input style="width: 95%;" type="text"/>
(Untuk Nasabah Group, diisi dengan Nama Perusahaan / For Group Client, fill in by Company Name)	
3. No. Peserta (untuk Group) Participant Number (for Group)	: <input style="width: 100%;" type="text"/>
4. Nama Tertanggung / Peserta Insured / Participant Name	: <input style="width: 100%;" type="text"/>
5. Apakah Anda sedang mengajukan SPAJ baru ke TMLI? Are you currently submitting new SPAJ to TMLI?	: <input type="checkbox"/> Tidak No <input type="checkbox"/> Ya, No. SPAJ Yes, SPAJ No. <input style="width: 100%;" type="text"/>

III. DATA ASURANSI DARI PERUSAHAAN LAIN / INSURANCE DATA IN OTHER INSURANCE COMPANY					
Apakah Anda sedang mengajukan klaim ke perusahaan asuransi lainnya? Are you currently submitting the claim to other insurance?					
Jika Ya, mohon dapat melengkapi informasi di bawah ini: If yes, please complete this information below:					
: <input type="checkbox"/> Tidak No <input type="checkbox"/> Ya Yes					
No	Nama Perusahaan Asuransi / Insurance Company Name	Jenis Asuransi / Insurance Type	Jumlah Uang Pertanggungan / Total Sum Assured	Tanggal Mulai Berlaku / Risk Commencement Date	No. Polis / Policy Number

IV. DIISI OLEH DOKTER / FILLED BY PHYSICIAN (Diisi jika mengajukan klaim rawat jalan / Filled in if apply outpatient claim)													
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; vertical-align: top;">a. Perincian gejala Detail of symptoms</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">a.</td> <td style="width: 80%;"></td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">b. Diagnosa Diagnosis</td> <td style="text-align: center;">b.</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">c. Terapi atau tindakan Therapy or treatment</td> <td style="text-align: center;">c.</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">d. Tanggal Pemeriksaan Date of Examination</td> <td style="text-align: center;">d.</td> <td></td> </tr> </table>	a. Perincian gejala Detail of symptoms	a.		b. Diagnosa Diagnosis	b.		c. Terapi atau tindakan Therapy or treatment	c.		d. Tanggal Pemeriksaan Date of Examination	d.		<p style="text-align: center;">Pernyataan Dokter / Statement of the Physician</p> <p>Saya, sebagai Dokter yang merawat Pasien tersebut di atas menyatakan semua jawaban, pernyataan, keterangan dan informasi dalam Form ini termasuk semua lampiran dan/atau dokumen yang dilampirkan adalah lengkap, aktual, benar, dan dapat dipertanggungjawabkan. I, as the Physician who has treated the Patient mentioned above, declare that all answers, statements, explanations, and informations in this Form, including those provided in any attachments hereto, are complete, actual, correct, and reliable.</p> <p>Dokter / Physician, (disertai dengan cap Rumah Sakit / with stamp of hospital)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div> <p>Nama / Name : _____ Tempat / Place : _____ Tanggal / Date : _____</p>
a. Perincian gejala Detail of symptoms	a.												
b. Diagnosa Diagnosis	b.												
c. Terapi atau tindakan Therapy or treatment	c.												
d. Tanggal Pemeriksaan Date of Examination	d.												

No. Polis :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Policy Number :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

V. KELENGKAPAN DOKUMEN / DOCUMENT COMPLETENESS

No.	Persyaratan Dokumen Document Requirement	Death Claim <input type="checkbox"/>	Klaim Manfaat Hidup / Living Claim						
			TPD <input type="checkbox"/>	Accident <input type="checkbox"/>	CI <input type="checkbox"/>	HCP <input type="checkbox"/>	IP <input type="checkbox"/>	OP <input type="checkbox"/>	AE <input type="checkbox"/>
1	Formulir Pengajuan Klaim (diisi oleh Nasabah) <i>Claim Application Form (filled by Client)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Surat Keterangan Dokter (diisi oleh Dokter) <i>Attending Physician's Statement (filled by Physician)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-
3	Polis asli (untuk Individu) / Sertifikat asli (untuk Group) <i>Original Policy (for Individual) / Original Certificate (for Group)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	-	-	-
4	Kuitansi asli dengan perincian biaya pengobatan, perawatan dan resep obat yang digunakan. * <i>Original receipt with detail costs of medication fee, treatment fee, and prescription. *</i>	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
5	Kuitansi asli yang dikeluarkan pihak penyedia fasilitas atas seluruh Manfaat Asuransi (biaya transportasi, biaya perjalanan, biaya akomodasi, biaya kremasi, biaya pemulangan jenazah) <i>Original receipt that issued by provider of facility for all Insurance Benefit (transportation fee, travel expense, accommodation fee, cremation fee, repatriation fee of corpses)</i>	-	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>
6	Fotokopi Identitas Diri Tertanggung / Peserta <i>Copy of Insured / Participant ID card</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-
7	Fotokopi Identitas Diri Penerima Manfaat <i>Copy of Beneficiary(s) ID card</i>	<input type="checkbox"/>	-	-	-	-	-	-	-
8	Fotokopi Identitas Diri Pendamping <i>Copy of Companion (Insured's Family) ID card</i>	-	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>
9	Fotokopi bukti hubungan kepentingan asuransi antara Tertanggung dan Penerima Manfaat <i>Copy of Insurable interest between Insured and Beneficiary(s)</i>	<input type="checkbox"/>	-	-	-	-	-	-	-
10	Fotokopi kartu keluarga/dokumen legal lainnya yang menunjukkan hubungan kepentingan asuransi antara Tertanggung dan Pendamping <i>Copy of family card/other legal document that show the insurable interest between Insured and Companion (Insured's Family)</i>	-	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>
11	Tabel sisa pinjaman dari Pemegang Polis (untuk Group - As. Kredit/Individu - Bankers Clause) <i>Table of outstanding loan from Policyholder (for Group - Credit Life/Individual - Bankers Clause)</i>	<input type="checkbox"/>	-	-	-	-	-	-	-
12	Legalisir Surat Keterangan Meninggal Dunia dari instansi yang berwenang <i>Legalized of death certificate from authorized institution</i>	<input type="checkbox"/>	-	-	-	-	-	-	-
13	Surat Kuasa Permintaan Data Medis <i>Power of Attorney to request medical data</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-

DOKUMEN TAMBAHAN / DOCUMENT ADDITIONAL

1	Fotokopi hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi (jika ada) <i>Copy of laboratory examination result and radiology (if any)</i>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
2	Surat perincian pembayaran klaim dari asuransi lain (jika ada koordinasi manfaat) <i>Statement Letter with detail of claim payment from another Insurer (for coordination of benefit)</i>	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
3	Legalisir Surat Keterangan Meninggal Dunia dari Konsulat Jenderal RI (jika meninggal dunia di luar negeri) <i>Legalized of death certificate from The Consulate General of RI (if dies at overseas)</i>	<input type="checkbox"/>	-	-	-	-	-	-	-
4	Surat Keterangan dari Kepolisian setempat atau Hasil Visum Repertum (jika terjadi kecelakaan / jika meninggal dunia karena kecelakaan) <i>Investigation Report from the Local Police or Visum Repertum Report (if there is an accident / if dies due to accident)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-
5	Kronologi kematian (jika meninggal di rumah / dalam perjalanan ke Rumah Sakit) <i>Chronology of death (if dies at home or when go to Hospital)</i>	<input type="checkbox"/>	-	-	-	-	-	-	-
6	Surat Kuasa Rekening Bank (jika pemilik rekening bukan Penerima Manfaat) <i>Power of Attorney of Bank account (if the account owner is not the Benefit Receiver)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	-	-
7	Surat Keputusan dari Pengadilan yang menyatakan Tertanggung meninggal dunia (jika Tertanggung hilang dalam suatu musibah) <i>Insured death of Certificate which has been authorized by court, states the Insured has been died (if the Insured was miss in accident)</i>	<input type="checkbox"/>	-	-	-	-	-	-	-

 Keterangan: dibutuhkan / required

Death: Meninggal Dunia, **TPD:** Total Permanent Disability / Cacat Tetap Total, **Accident:** Kecelakaan, **CI:** Critical Illness / Penyakit Kritis, **HCP:** Hospital Cash Plan / Santunan Tunai Harian, **IP:** In Patient including maternity / Rawat Inap termasuk melahirkan, **OP:** Out Patient including dental, glasses, pre/post hospitalization and pre/post maternity / Rawat Jalan termasuk gigi, kacamata, pra/pasca rawat inap dan pra/pasca melahirkan, **AE:** Additional Expense Rider.

 Penanggung, PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia, berhak untuk meminta dokumen tambahan yang dianggap perlu untuk mendukung dokumen-dokumen diatas.
 The Insurer, PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia, also be eligible to ask for additional document as may be required to support the above documents.

*) Untuk HCP diperbolehkan menggunakan fotokopi kuitansi dengan perincian biaya / For HCP is allowed to use copy of receipt with detail costs.

Untuk IP dan OP diperbolehkan menggunakan kuitansi yang dilegalisir dengan perincian biaya (hanya jika ada koordinasi manfaat) / For IP and OP is allowed to use legalized of receipt with detail costs (only for coordination of benefit).

Formulir Pengajuan Klaim ini harus diisi lengkap, ditandatangani oleh Peserta atau Pemegang Polis yang berhak dan diterima oleh PT. Asuransi Tokio Marine Life Indonesia sebelum 30 (tiga puluh) hari setelah tanggal perawatan / pelayanan kesehatan. Lengkapi Formulir Klaim dengan data sebenarnya, ditandatangani oleh Dokter yang merawat dan cap Rumah Sakit/Klinik serta lampirkan dengan : kuitansi pembayaran asli, salinan hasil laboratorium, test diagnostik, rontgens dan lain-lain yang berkaitan dengan perawatan termasuk didalamnya copy resep. Formulir Klaim yang tidak lengkap tidak dapat diproses.

 This Claim Form must be completed in full, signed by the eligible member or Policy Holder and received by PT. Asuransi Tokio Marine Life Indonesia within 30 (thirty) days after the Date of Services. Please complete this Claim Form with the actual data, signed by attending physician and stamped by hospital/clinic and attach with original payment receipt, copies of the laboratory results, diagnostic test, x-rays and others relating to the treatment including a copy of the prescription. **Un-complete Claim Form can not be processed.**

 Apabila pengajuan klaim ini disetujui, untuk klaim selain manfaat meninggal dunia maka Tokio Marine Life akan mentransfer manfaat klaim ke rekening Pemegang Polis yang telah terdaftar di Tokio Marine Life. Jika nomor rekening Pemegang Polis saat pengajuan klaim ini berbeda, mohon agar melakukan proses Pengkinian Data terlebih dahulu; *If this claim is approved, for benefit other than death benefit, Tokio Marine Life will transfer to the Policyholder's bank account that is registered in Tokio Marine Life. If the current account number is different, please update your information first;*

Apabila pengajuan klaim meninggal dunia disetujui, Tokio Marine Life akan mentransfer jumlah manfaat meninggal dunia kepada (para) Penerima Manfaat sesuai ketentuan yang berlaku.

If this death claim submission is approved, Tokio Marine Life will transfer the amount of death benefit to the Beneficiary(ies) accordingly.

No. Polis
 Policy Number :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

VI. PERNYATAAN TERTANGGUNG / PEMEGANG POLIS / PENERIMA MANFAAT
STATEMENT OF THE INSURED / POLICYHOLDER / BENEFICIARY

 Bersama ini saya menyatakan bahwa:
 I hereby represent that :

- 1 Semua jawaban, pernyataan, keterangan dan informasi dalam Formulir Pengajuan Klaim ini termasuk semua lampiran dan/atau dokumen yang dilampirkan adalah lengkap, aktual, dan benar.
All answers, statements, explanations and information in this Claim Application Form including all attachments and/or documents attached are complete, up to date and correct.
- 2 Setiap dan seluruh kuasa yang diberikan kepada PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia ("Tokio Marine Life"), termasuk pemberian kuasa dengan hak substitusi untuk memperoleh dan memverifikasi informasi terkait diri Tertanggung sebagaimana tercantum dalam SPAJ, dengan ini ditegaskan kembali sehingga Tokio Marine Life dapat melaksanakan kuasa tersebut dalam melakukan pemrosesan klaim dimaksud dalam Formulir Pengajuan Klaim ini.
Any and all authority granted to PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia ("Tokio Marine Life"), including authority with substitution right to obtain and verify any relevant information with respect to the Insured as stated in the SPAJ, is hereby reaffirmed such that Tokio Marine Life could enforce it when processing the claim contemplated herein.
- 3 Saya mengerti dan setuju bahwa Tokio Marine Life dapat mengumpulkan, menyimpan dan/atau menggunakan data pribadi Saya yang diperoleh/tersedia/disimpan oleh Tokio Marine Life dalam rangka pemrosesan Formulir Pengajuan Klaim ini, pelayanan nasabah, investigasi klaim, proses dan pembayaran klaim asuransi serta penawaran produk lainnya.
I understand and agree that Tokio Marine Life may collect, store, and/or use my personal data obtained/available/stored by Tokio Marine Life for the purposes of processing this Claim Application Form, customer service, claims investigation, insurance claims processing and payment, and other products offering.
- 4 Saya mengerti bahwa untuk mempelajari lebih lanjut tentang bagaimana Tokio Marine Life melindungi data pribadi dan hak-hak Saya dengan mengakses tautan berikut: www.tokiomarine.com/id/id/life/privacy-policy.
I understand that to learn more about how Tokio Marine Life protects my personal data and rights by accessing the following link: www.tokiomarine.com/id/id/life/privacy-policy.
- 5 Saya mengetahui, mengerti, dan menyetujui bahwa pengajuan berdasarkan Formulir Pengajuan Klaim akan diproses oleh Tokio Marine Life setelah seluruh dokumen yang disyaratkan telah diterima secara lengkap dan benar oleh Tokio Marine Life dan pemrosesan pengajuan tunduk pada ketentuan Polis dan hukum yang berlaku.
I acknowledge, understand and agree that the submission based on the Claim Application Form will be processed by Tokio Marine Life after all required documents have been received completely and correctly by Tokio Marine Life and the processing of the submission is subject to the provisions of the Policy and applicable laws.
- 6 Segala risiko yang timbul sehubungan dengan pengajuan pada Formulir Pengajuan Klaim selain yang diakibatkan oleh kesalahan Tokio Marine Life sepenuhnya merupakan tanggung jawab Saya dan Saya membebaskan Tokio Marine Life dari segala tanggung jawab, gugatan, kerugian dan/atau tuntutan dalam bentuk apapun baik saat ini maupun di kemudian hari sehubungan dengan pengajuan pada Formulir Pengajuan Klaim ini baik dari Saya sendiri maupun dari pihak lainnya yang berkepentingan.
All risks arising in connection with the submission of the Claim Application Form other than those caused by Tokio Marine Life's errors are entirely my responsibility and I release Tokio Marine Life from all responsibilities, lawsuits, losses and/or demands in any form whatsoever, either now or in the future, in connection with the submission of this Claim Application Form, either from myself or from other interested parties.
- 7 Saya mengerti Tokio Marine Life dapat menghentikan proses pembayaran manfaat asuransi atau melakukan tindakan yang dibutuhkan lainnya dalam hal terdapat indikasi pencucian uang dan/atau pendanaan terorisme sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
I understand that Tokio Marine Life may stop the insurance benefit payment process or take other necessary actions in the event of indications of money laundering and/or terrorism financing in accordance with applicable laws and regulations.
- 8 Saya mengerti dan setuju bahwa Tokio Marine Life berhak untuk menolak pengajuan berdasarkan Formulir Pengajuan Klaim Ini, membatalkan atau mengakhiri Polis serta membebaskan Tokio Marine Life dari segala klaim dan tuntutan dari pihak manapun dan dari segala kerugian yang timbul dari atau sehubungan dengan perbuatan Tokio Marine Life tersebut dalam hal pengajuan, pembatalan atau pengakhiran dimaksud timbul dari atau sehubungan dengan (a) penyampaian informasi yang diragukan kebenarannya oleh Tokio Marine Life, termasuk namun tidak terbatas pada informasi pekerjaan dan sumber dana; (b) penolakan saya atau kegagalan saya untuk memberikan tanggapan dalam jangka waktu yang memadai terhadap permintaan informasi, data, dokumen atau permintaan pertemuan langsung (face to face) untuk keperluan identifikasi dan/atau verifikasi profil nasabah; (c) penggunaan atau dugaan penggunaan dokumen palsu atau pemalsuan dokumen; (d) sumber dana transaksi yang diketahui dan/atau patut diduga berasal dari tindak pidana; (e) kondisi lainnya sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku.
I understand and agree that Tokio Marine Life has the right to reject the application based on this Claim Application Form, cancel or terminate the Policy and release Tokio Marine Life from all claims and demands from any party and from all losses arising from or in connection with the actions of Tokio Marine Life in the event that the application, cancellation or termination arises from or in connection with (a) the submission of information whose truth is doubtful by Tokio Marine Life, including but not limited to employment information and source of funds; (b) my refusal or failure to provide a response within a sufficient time frame to requests for information, data, documents or requests for a face-to-face meeting for the purposes of customer profile identification and/or verification; (c) the use or suspected use of false documents or document forgery; (d) the source of transaction funds known and/or suspected to originate from a criminal act; (e) other conditions as stipulated in applicable laws and regulations.

Yang Mengajukan Klaim / Claim Requestor,

Nama / Name : Tempat / Place : Tanggal / Date :

No. Polis
 Policy Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

VII. NOMOR REKENING PENERIMA MANFAAT / THE BENEFICIARY'S ACCOUNT NUMBER

Untuk pengajuan klaim meninggal dunia, mohon untuk mencantumkan nomor rekening masing-masing Penerima Manfaat pada kolom dibawah ini. Apabila jumlah Penerima Manfaat melebihi dari kolom yang disediakan, mohon dapat membuat Surat Pernyataan/Amandemen untuk pembayaran Klaim.
 For death claim submissions, please write the bank account numbers of each Beneficiary in the column below. If the number of Beneficiaries exceeds the provided columns, please create a Statement/Amendment for Claim payment.

Penerima Manfaat I / Beneficiary I

Bank	:	
Bank	:	
Cabang	:	
Branch	:	
No. Rekening	:	
Account Number	:	
Nama Pemilik Rekening	:	
Account Holder Name	:	

Penerima Manfaat II / Beneficiary II

Bank	:	
Bank	:	
Cabang	:	
Branch	:	
No. Rekening	:	
Account Number	:	
Nama Pemilik Rekening	:	
Account Holder Name	:	

Penerima Manfaat III / Beneficiary III

Bank	:	
Bank	:	
Cabang	:	
Branch	:	
No. Rekening	:	
Account Number	:	
Nama Pemilik Rekening	:	
Account Holder Name	:	

Penerima Manfaat IV / Beneficiary IV

Bank	:	
Bank	:	
Cabang	:	
Branch	:	
No. Rekening	:	
Account Number	:	
Nama Pemilik Rekening	:	
Account Holder Name	:	

Yang Mengajukan Klaim / Claim Requestor,

--

 Nama / Name :
 Tempat / Place :
 Tanggal / Date :