TOKIO MARINE INSURANCE GROUP

PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia
International Financial Centre Tower 2 Lantai 33A
Jl. Jenderal Sudirman Kav 22-23, Jakarta 12920

WA Interaktif : 089 535 1500086
Email : customercare@tokiomarine-life.co.id
Telp : 1500086

PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.

KUESIONER MENINGGAL DUNIA

- *Mohon mengisi dengan menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak dan tulisan tidak keluar dari kotak, jelas dan memberi tanda √ pada kotak jawaban yang sesuai.*
- *Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan.*
- *Untuk mempercepat proses pengajuan Anda, mohon mengisi dengan jelas dan benar serta melengkapi seluruh persyaratan yang tertera di formulir ini.*

I. DATA YANG MENGAJUKAN KLAIM / *CLAIM REQUESTOR DATA*

1. Nama Lengkap :
2. Jenis Identitas Diri : ☐ E-KTP ☐ SIM ☐ Paspor ☐ Akta Lahir
3. No. Identitas Diri :
4. Alamat Tinggal :
5. Data Korespondensi : No. HP :
   Telpon Kantor : ▫
   Email :

   Informasi proses klaim ini akan dikirimkan melalui pesan SMS/ Whatsapp dan email yang telah terdaftar di Tokio Marine Life. Mohon lakukan Pengkinian Data.
6. Hubungan dengan Tertanggung :

II. INFORMASI KLAIM / *CLAIM INFORMATION*

1. Sepengetahuan Anda, Apakah Tertanggung/Peserta pernah mengeluhkan penyakit yang berkepanjangan? ☐ Ya ☐ Tidak

   Jika Ya, mohon dapat melengkapi informasi di bawah ini :

Tanggal Berobat	Keluhan	Penyakit	Nama Dokter/Rumah Sakit
dd/mm/yyyy			

2. Mohon berikan keterangan sehubungan dengan penyebab meninggalnya Tertanggung ?

   Tempat dan Tanggal Meninggal :

   Diagnosa / Penyakit :

   Tanggal Pertama Kali Menderita Sakit :

3. Mohon sebutkan pihak-pihak yang menyaksikan Tertanggung meninggal dunia ?

No	Nama Saksi	Hubungan dengan Tertanggung	No. HP Saksi

4. Apakah sebelum meninggal Tertanggung sempat dibawa ke tempat praktek dokter atau rumah sakit ? ☐ Ya ☐ Tidak

   Jika Ya, mohon sebutkan nama dokter/rumah sakit tersebut

5. Jika Tertanggung sudah dimakamkan/dikremasi, mohon sebutkan :

   Tanggal & Tempat Jenazah Disemayamkan / Rumah Duka

   Tanggal Pemakaman/Kremasi

   Tempat Pemakaman / Kremasi

6. Apakah Tertanggung/Peserta memilki kepersertaan asuransi di perusahaan asuransi lain ataupun BPJS Kesehatan?

   Jika Ya, mohon dapat melengkapi informasi di bawah ini :

No	Nomor Polis / Nomor Kartu BPJS Kesehatan	Nama Perusahaan Asuransi / Nama Faskes BPJS Keshatan	Alamat

TOKIO MARINE INSURANCE GROUP

No. Polis
Policy Number : | | | | | | | | | | | |

7. Mohon dapat diberikan informasi Nama Dokter/RS/Klinik/Puskemas yang biasa dikunjungi Tertanggung/Peserta:

Nama Dokter	Nama RS / Klinik / Puskesmas	Alamat	Nomor Kartu Berobat/ No. Rekam Medis

8. Mohon jenis penyakit yang pernah diderita Tertanggung/Peserta dibawah ini :

Darah Tinggi / Hipertensi	☐ Ya	☐ Tidak	Tanggal mulai diderita	d d m m y y y y
Kencing Manis / Diabetes	☐ Ya	☐ Tidak	Tanggal mulai diderita	d d m m y y y y
Hiperkolesterol	☐ Ya	☐ Tidak	Tanggal mulai diderita	d d m m y y y y
Penyakit Jantung	☐ Ya	☐ Tidak	Tanggal mulai diderita	d d m m y y y y
Stroke	☐ Ya	☐ Tidak	Tanggal mulai diderita	d d m m y y y y
Gagal Ginjal	☐ Ya	☐ Tidak	Tanggal mulai diderita	d d m m y y y y
Penyakit Hepatitis, Kanker Hati	☐ Ya	☐ Tidak	Tanggal mulai diderita	d d m m y y y y
Penyakit Asthma, TBC	☐ Ya	☐ Tidak	Tanggal mulai diderita	d d m m y y y y
Gagal Ginjal	☐ Ya	☐ Tidak	Tanggal mulai diderita	d d m m y y y y
Lainnya, sebutkan :			Tanggal mulai diderita	d d m m y y y y

9. Mohon dapat memberikan keterangan lain mengenai kondisi / riwayat kesehatan Tertanggung/Peserta :

No.	Tanggal Berobat	Penyakit / Diagnosa	Nama Dokter / RS dan Alamat

No. Polis
Policy Number :

III. KRONOLOGI MENINGGAL TERTANGGUNG :

Demikianlah saya telah memberikan jawaban dan keterangan di atas secara lengkap, aktual, benar, dan dapat dipertanggungjawabkan.

Materai Rp 10,000

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