

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 (v) 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	:																				
2. Jenis Identitas Diri Identity Type	:	☐ E-KTP Electronic ID Card				☐ SIM Driving License				☐ Paspor Passport				☐ Akta Lahir Birth Certificate							
3. No. Identitas Diri Identity Number	:																				
4. Alamat Tinggal Residence Address	:																				
5. Data Korespondensi Correspondence Data	:	No. HP																			
	:	Handphone Number																			
	:	Telpon Kantor																			
	:	Office Phone																			
	:	Email																			
	:	Email Address																			
6. Hubungan dengan Tertanggung Relationship with Insured	:																				

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	:																				
2. Nama Pemegang Polis Policyholder Name	:																				
(Untuk Nasabah Group, diisi dengan Nama Perusahaan / For Group Client, fill in by Company Name)																					
3. No. Peserta (untuk Group) Participant Number (for Group)	:																				
4. Nama Tertanggung / Peserta Insured / Participant Name	:																				
5. Apakah Anda sedang mengajukan SPAJ baru ke TMLI? Are you currently submitting new SPAJ to TMLI?	:	☐ Tidak No		☐ Ya, No. SPAJ Yes, SPAJ No.																	

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:

☐ Tidak
No
 ☐ 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)

a. Perincian gejala Detail of symptoms	a.	Pernyataan Dokter / Statement of the Physician 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. Dokter / Physician, (disertai dengan cap Rumah Sakit / with stamp of hospital) Nama / Name : Tempat / Place : Tanggal / Date :
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 ☐	Klaim Manfaat Hidup / Living Claim						
			TPD ☐	Accident ☐	CI ☐	HCP ☐	IP ☐	OP ☐	AE ☐
1	Formulir Pengajuan Klaim (diisi oleh Pemegang Polis atau Penerima Manfaat) <i>Claim Application Form (filled by Policy Owner or Beneficiary)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	Surat Keterangan Dokter (diisi oleh Dokter) <i>Attending Physician's Statement (filled by Physician)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	-	-
3	Polis asli (untuk Individu) / Sertifikat asli (untuk Group) <i>Original Policy (for Individual) / Original Certificate (for Group)</i>	☐	☐	☐	-	-	-	-	-
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>	-	-	-	-	☐	☐	☐	-
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>	-	-	-	-	-	-	-	☐
6	Fotokopi Identitas Diri Tertanggung / Peserta <i>Copy of Insured / Participant ID card</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	-	-
7	Fotokopi Identitas Diri Penerima Manfaat <i>Copy of Beneficiary(s) ID card</i>	☐	-	-	-	-	-	-	-
8	Fotokopi Identitas Diri Pendamping <i>Copy of Companion (Insured's Family) ID card</i>	-	-	-	-	-	-	-	☐
9	Fotokopi bukti hubungan kepentingan asuransi antara Tertanggung dan Penerima Manfaat <i>Copy of Insurable interest between Insured and Beneficiary(s)</i>	☐	-	-	-	-	-	-	-
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>	-	-	-	-	-	-	-	☐
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>	☐	-	-	-	-	-	-	-
12	Legalisir Surat Keterangan Meninggal Dunia dari instansi yang berwenang <i>Legalized of death certificate from authorized institution</i>	☐	-	-	-	-	-	-	-
13	Surat Kuasa Permintaan Data Medis <i>Power of Attorney to request medical data</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	-	-

DOKUMEN TAMBAHAN / DOCUMENT ADDITIONAL

1	Fotokopi hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi (jika ada) <i>Copy of laboratory examination result and radiology (if any)</i>	-	☐	☐	☐	☐	☐	☐	-
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>	-	-	-	-	-	☐	☐	-
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>	☐	-	-	-	-	-	-	-
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>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	-	-
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>	☐	-	-	-	-	-	-	-
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>	☐	☐	☐	☐	-	-	-	-
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>	☐	-	-	-	-	-	-	-

 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 ("Tokio Marine Life"), berhak untuk meminta dokumen tambahan yang dianggap perlu untuk mendukung dokumen-dokumen diatas. The Insurer, Tokio Marine Life, 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 Tokio Marine Life sebelum 30 (tiga puluh) hari kalender setelah tanggal perawatan / pelayanan kesehatan. Lengkapi Formulir Pengajuan 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 Tokio Marine Life within 30 (thirty) calendar 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 di Tokio Marine Life.

If the death claim is approved, Tokio Marine Life will transfer the death benefit amount to the Beneficiary(ies) in accordance with the applicable provisions of Tokio Marine Life.

VI. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS / TERTANGGUNG UNTUK MANFAAT HIDUP (DIISI HANYA jika jenis klaim yang diajukan untuk Klaim Manfaat Hidup)
Declaration of Policyholder / Insured (TO BE COMPLETED for Living Benefit Claim only)

Bersama ini saya menyatakan bahwa:
I hereby represent that :

- 1 Saya sebagai Pemegang Polis/Tertanggung menyatakan bahwa Saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad *utmost good faith* dalam pengajuan klaim. Oleh karena itu, Saya memahami bahwa Saya wajib:
- a. Mengungkapkan semua fakta material, yaitu informasi, jawaban, keterangan, keadaan dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan Tokio Marine Life dalam menerima atau menolak suatu klaim serta dalam menetapkan jumlah klaim jika permohonan tersebut disetujui; dan
 - b. Memberikan pernyataan yang benar mengenai hal-hal yang berkaitan dengan klaim, baik pada saat pengajuan klaim maupun selama berlakunya Polis.
- As the Policyholder/Insured, I understand that I have an obligation to act with utmost good faith in the submission of claims. Therefore, I acknowledge that I am obliged to:*
- a. *Disclose all material facts, including information, answers, statements, conditions, and facts that may influence Tokio Marine Life's consideration in accepting or rejecting a claim and in determining the claim amount if the application is approved; and*
 - b. *Provide accurate statements regarding matters related to the claim, both at the time of claim submission and during the validity of the Policy.*
- 2 Saya sebagai Pemegang Polis/Tertanggung menyatakan dan menjamin bahwa semua informasi, jawaban, dan/atau keterangan yang Saya berikan dalam SPAJ, Formulir Pengajuan Perubahan Manfaat Polis (jika ada), serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Tokio Marine Life sebagai bagian dari pengajuan permohonan asuransi, permohonan pemulihan Polis (jika ada), dan/atau permohonan klaim, adalah lengkap, benar, akurat, terkini dan sesuai dengan kondisi/keadaan sebenarnya, dan tidak ada informasi, jawaban, dan/atau keterangan yang Saya sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja.
- I, as the Policyholder or Insured, hereby declare and warrant that all information, answers, and/or statements provided in the SPAJ, Policy Alteration Application Form (if applicable), as well as any other forms and documents required by Tokio Marine Life as part of the insurance application, policy reinstatement application (if applicable), and/or claim application, are complete, true, accurate, up to date, and in accordance with actual/real condition. Furthermore, I affirm that no information, answer, and/or statement have concealed, whether intentionally or unintentionally.*
- 3 Saya mengerti dan setuju bahwa :
- I understand and agree that :*
- a. Informasi, jawaban dan/atau keterangan tersebut dalam butir 2 pada bagian VI. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS / TERTANGGUNG UNTUK MANFAAT HIDUP ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini dan/atau tidak sesuai dengan kondisi/keadaan sebenarnya, atau terdapat informasi, jawaban dan/atau keterangan yang Saya sembunyikan, termasuk namun tidak terbatas pada informasi pekerjaan dan sumber dana;
The information, answers, and/or statements provided in point 2 of section VI. DECLARATION OF THE POLICYHOLDER / INSURED FOR LIVING BENEFITS CLAIM are found incomplete, incorrect, inaccurate, not up to date, and/or not in accordance with actual/real condition, or if there is any information, answer, and/or statement that I have concealed, including but not limited to information regarding employment and source of funds;
 - b. Penolakan 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;
My refusal or failure to respond within a reasonable time to request for information, data, documents, or face-to-face meetings for the purpose of customer identification and/or profile verification;
 - c. Penggunaan atau dugaan penggunaan dokumen palsu atau pemalsuan dokumen;
The use or suspected use of forged documents or document falsification;
 - d. Sumber dana transaksi yang diketahui dan/atau patut diduga berasal dari perbuatan melanggar hukum atau tindak pidana;
The source of transaction funds is known and/or reasonably suspected to originate from unlawfull or criminal acts;
 - e. Kondisi lainnya sebagaimana diatur dalam hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
Other conditions as stipulated in the applicable laws and regulations.

Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI bahwa Tokio Marine Life dapat melakukan hal-hal berikut ini:
 I AGREE AND CONSENT that Tokio Marine Life may take the following actions:

- a. Menolak setiap klaim yang diajukan dan/atau tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
Reject any claims submitted and/or withhold payment of all or part of the Insurance Benefits;
- b. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi Tambahan);
Cancel the Policy (either in whole or limited to Riders);
- c. Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi Tambahan) tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi;
Terminate the Policy (either in whole or limited to riders) without any obligation to refund the Premium and/or Insurance Costs;
- d. Melakukan penilaian ulang risiko, dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan ke dalam Polis (baik Asuransi Dasar dan/atau setiap Asuransi Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan dari Polis, menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar;
Reassess the risk (re-underwriting) and add additional terms and conditions to the Policy (both Basic Insurance and/or any Riders), including adding policy exclusion, adjusting the sum insured, and/or adjusting the amount of Premium or Insurance Costs payable;
- e. Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi sebagai akibat dari penilaian ulang risiko, jika jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Tokio Marine Life juga berhak untuk melakukan pemotongan atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Investasi yang ada dalam Polis Saya dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan (set-off); dan/atau
To collect any shortfall in Premiums and/or Insurance Charges resulting from a reassessment of risk, in the event that the amount of Premiums and/or Insurance Charges payable is greater than that stated in the Policy. Tokio Marine Life also reserves the right to deduct such shortfall from the existing Investment Value under My Policy and/or from the Insurance Benefits payable (set-off); and/or,
- f. Menagih kembali kepada Saya atas semua Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan, sesuai dengan ketentuan dan kebijakan Tokio Marine Life .
Re-claim all Insurance Benefits that have been paid, in accordance with the terms and policies of Tokio Marine Life.

No. Polis
 Policy Number :

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

VI. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS / TERTANGGUNG UNTUK MANFAAT HIDUP (DIISI HANYA jika jenis klaim yang diajukan untuk Klaim Manfaat Hidup)
Declaration of Policyholder / Insured (TO BE COMPLETED for Living Benefit Claim only)

- 4 Sehubungan dengan hak Tokio Marine Life untuk membatalkan atau mengakhiri Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:
In relation to Tokio Marine Life's right to cancel or terminate the Policy as mentioned above, I hereby affirm that:
- a. Penandatanganan Formulir Pengajuan Klaim ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Tokio Marine Life jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 3 pada bagian VI. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS /TERTANGGUNG UNTUK MANFAAT HIDUP;
My signing of this Claim Application Form constitutes my consent to the unilateral cancellation or termination of the Policy by Tokio Marine Life if any of the circumstances referred to in item 3 of section VI. DECLARATION OF THE POLICYHOLDER / INSURED FOR LIVING BENEFITS CLAIM occur;
- b. Saya setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan; dan
I agree to waive the provisions of Article 1266 of the Indonesian Civil Code and/or any other statutory provisions that require the termination or cancellation of the Policy to be carried out based on a court decision; and
- c. Membebaskan Tokio Marine Life dari segala klaim dan tuntutan dari pihak manapun dan dari segala kerugian yang timbul atau yang mungkin akan timbul sehubungan dengan pembatalan atau pengakhiran Polis yang dilakukan Tokio Marine Life.
Releasing Tokio Marine Life from all claims and demands from any party and from all losses arising or that may arise in connection with the cancellation or termination of the Policy carried out by Tokio Marine Life.
- 5 Setiap dan seluruh kuasa yang diberikan kepada 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 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.
- 6 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.
- 7 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
- 8 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 hukum dan 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.

Yang Mengajukan Klaim / Claim Requestor,

--

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

