

PT. ASURANSI TOKIO MARINE INDONESIA  
 Sentral Senayan I, 3rd Floor  
 Phone : (021) 572 5772  
 Fax : (021) 572 4005 -6  
 Email : nonmarineclaim@tokiomarine.co.id  
 Member of AAUI No. C.0093.2002



**FORMULIR KLAIM ASURANSI KECELAKAAN DIRI  
 PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM**

Formulir ini harus dilengkapi dengan benar, lengkap dan jelas. PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia berhak meminta informasi/dokumen tambahan (bila diperlukan). Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi

*This form shall be filled in correctly completely, and clearly. PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia reserve the right to request any additional information/documentation as necessary. A claim can only be processed if all supporting documents have been completed.*

No. Polis/*Policy No.* : \_\_\_\_\_  
 Nama Tertanggung/*Insured Name* : \_\_\_\_\_  
 Tempat & Tanggal Kejadian/*Place & Date of Incident* : \_\_\_\_\_  
 Alamat Email/*Email Address* : \_\_\_\_\_  
 No. Telepon/*Phone No.* : \_\_\_\_\_

Apakah ada polis asuransi lain yang menjamin resiko anda ? Jika ada, mohon sebutkan :  Ya/Yes  Tidak/No

Is there any other insurance policy that guarantees your risk of yours? If so, please specify : \_\_\_\_\_

Jenis Kerugian/*Type of Loss* :  Kematian dan Cacat Permanen Akibat Kecelakaan/  
*Accidental Death & Permanent Disablement*  
 Biaya Pengobatan/  
*Medical Expenses*

Detail Kronologi/*Detail of Chronology* : \_\_\_\_\_  
 (boleh menggunakan lembaran tambahan / you may use attachment)

No.	Nama/Name	Nama Rumah Sakit/Klinik Name of Hospital/Clinic	Total Biaya Pengobatan/ Total of Medical Expenses

**PERNYATAAN DOKTER  
 ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT**

Tanggal Pengobatan/*Date of Treatment* : \_\_\_\_\_  
 Diagnosis/*Diagnosis* : \_\_\_\_\_  
 Alamat/*Address* : \_\_\_\_\_  
 No. Telpon & Email/*Phone No. & Email* : \_\_\_\_\_

Tanggal/*Date* : \_\_\_\_\_

Stempel, Nama, dan Tanda Tangan Dokter  
*Stamp, Name and Physician's Signature*

**DEKLARASI DAN SURAT KUASA  
DECLARATION AND AUTHORIZATION LETTER**

Saya/Kami menyatakan bahwa sepengetahuan saya/kami semua keterangan yang saya/kami berikan dalam formulir klaim ini dan semua lampirannya adalah benar dan sejujurnya.

*I/We hereby testify that to my/our best knowledge all information provided herein is/are correct and all documents attached hereto are true and provided in utmost good faith.*

Dengan ini saya/kami memberi kuasa penuh pada setiap Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Perusahaan Asuransi, Organisasi, Instansi atau individu lainnya, baik di negeri maupun di luar negeri, yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya / kami untuk memberitahukan, baik lisan dan/atau tertulis, termasuk memberikan salinan dari dokumen terkait keadaan kesehatan/klaim saya/kami kepada Penanggung (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) atau perwakilannya.

*I/We hereby fully authorize all the Doctors, Hospital(s), Clinics, Other Insurance Company (ies) or other organization or institution or any individual, either domestic or overseas, that has any records or relevant knowledge or information pertaining to my/our health condition to share the information both verbally or in written, including provided a copy documents pertaining to our health/claim to Insurer (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) or their authorized representatives.*

Saya/kami dengan ini memberikan hak penuh kepada Penanggung (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) untuk menggunakan atau memberikan informasi/data klaim saya/kami termasuk data pribadi yang tersedia, diperoleh, diproses atau disimpan oleh Penanggung (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) kepada pihak lain baik di dalam negeri maupun di luar negeri, seperti namun tidak terbatas pada perusahaan asuransi, dokter, klinik, rumah sakit, dan/atau pihak lainnya dalam rangka aktifitas perusahaan asuransi terkait dengan pengajuan klaim saya/kami.

*I/we hereby grant full rights to Insurer (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) to use or provide my/our claim information/data including personal data available, obtained, processed or stored by Insurer (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) to other parties, either domestic or overseas, such as but not limited to insurance companies, doctors, clinics, hospitals, and/or other parties in the context of insurance company activities related to my/our claim submission.*

Selanjutnya saya/kami juga menyetujui dan memberikan hak penuh kepada Penanggung (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) untuk menerima dan mempergunakan data terkait klaim saya/kami, termasuk data pribadi yang terkandung di dalamnya, yang diperoleh dari pihak manapun baik di dalam negeri maupun di luar negeri.

*Furthermore, I/we also agree and give full rights to Insurer (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) to receive and use data related to my/our claims, including personal data contained therein, obtained from any party either domestic or overseas.*

Jika suatu pembayaran klaim telah dilakukan oleh Penanggung (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) berdasarkan suatu pernyataan yang tidak benar atau dokumen yang tidak sah, atau pemalsuan, atau kecurangan baik secara pasif maupun aktif, tidak menyampaikan fakta penting (material facts) yang diketahui, maka saya/kami setuju untuk mengembalikan pembayaran dimaksud kepada Penanggung (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) dalam waktu 5 (lima) hari kerja sejak diminta oleh PT Asuransi Tokio Marine Indonesia. Saya/kami juga setuju jika Penanggung (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) mengambil setiap langkah hukum yang dianggap perlu oleh Penanggung (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia).

*If any claim payment has been made by the Insurer (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) based on an untrue statement or unauthorized document, or forgery, or fraud either passively or actively, non disclosure of material facts that are known to me/us, then the I/we agree to return the said claim payment to the Insurer (PT. Asuransi within 5 (five) working days since requested by Tokio Marine Indonesia). I/we further agree that the Insurer (PT. Asuransi Tokio Marine Indonesia) to take whatsoever legal actions deemed necessary by the Insurer (PT. Tokio Marine Insurance Indonesia).*

Selanjutnya, apabila dikemudian hari terbukti bahwa berdasarkan ketentuan polis asuransi, dan/atau perjanjian asuransi dan/atau hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku ternyata saya/Kami tidak berhak untuk menerima pembayaran klaim ini, maka saya/kami bersedia mengembalikan pembayaran klaim dimaksud kepada PT Asuransi Tokio Marine Indonesia dalam waktu 5 (lima) hari kerja sejak diminta oleh PT Asuransi Tokio Marine Indonesia.

*Furthermore, if later in the future time, it is proven that based on terms and condition of insurance policy, and/or insurance contract and/or other prevailing laws and regulation provisions, that I am/we are not entitled for the indemnity (claim payment), hereby I/we agree to return the indemnity (claim payment) to insurer (PT Asuransi Tokio Marine Indonesia) within 5 (five) working day since requested by insurer (PT Asuransi Tokio Marine Indonesia).*

Fotokopi dari Surat Kuasa Ini dianggap sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama dengan aslinya

*The copy of this authorization shall be considered as effective and legitimate as the original.*

Tanggal/Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nama dan Tanda Tangan Tertanggung/  
Name and Signature of the Insured