

CLAIM REPORT PERSONAL ACCIDENT

POLIS NO / POLICY NO : _____

NAMA TERTANGGUNG / NAME OF INSURED : _____

TEMPAT / TANGGAL KEJADIAN / PLACE / DATE OF LOSS : _____

NO TELEPON dan EMAIL / PHONE and EMAIL : _____

JENIS KLAIM / CLAIM TYPE :

Kematian karena Kecelakaan
Death due to Accident

Cacat Permanen Total
Total Permanent Disablement

Cacat Permanen Sebagian
Partial Permanent Disablement

Pemutusan Hubungan Kerja (PHK)
Work Termination by employer

KRONOLOGI / SUMMARY OF LOSS : _____

**(boleh menggunakan lembaran tambahan /
you may use attachment)**

TANGGAL KEJADIAN : _____

PERNYATAAN DOKTER ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

TANGGAL PENGOBATAN / DATE OF TREATMENT : _____

DIAGNOSIS / DIAGNOSIS : _____

NAMA DOKTER / NAME OF DOCTOR : _____

ALAMAT / ADDRESS : _____

NO TELEPON dan EMAIL / PHONE and EMAIL : _____

Tanda Tangan Dokter
Signature of Doctor

**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