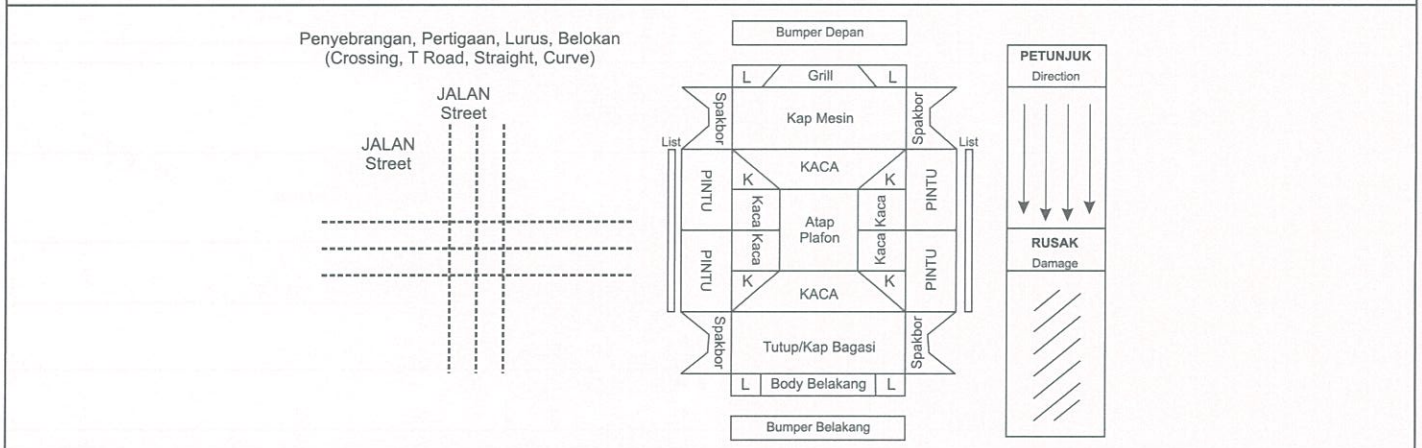




| | | | |
|---|-----|--|-----|
| LAPORAN KERUGIAN KENDARAAN BERMOTOR AUTOMOBILE INSURANCE LOSS REPORT (1/2) | | | |
| NOMOR POLIS <i>Policy No.#</i> | | TERTANGGUNG <i>Name of Insured</i> | |
| ALAMAT TERTANGGUNG <i>Address of Insured</i> | | TELEPON/HP TERTANGGUNG <i>Telp./HP of Insured</i> | |
| JENIS KENDARAAN <i>Type of Automobile</i> | | NOMOR POLISI <i>Registration Auto No.#</i> | |
| NOMOR RANGKA <i>Chassis No.#</i> | | NOMOR MESIN <i>Engine No.#</i> | |
| NAMA PENGEMUDI <i>Name of Driver</i> | | NOMOR SIM <i>Licence No.#</i> | |
| HUBUNGAN DENGAN TERTANGGUNG <i>Relation of Insured</i> | | TERTANGGUNG ATAU PEGAWAI ATAU <i>Insured or Employee or</i> | |
| NAMA BENGKEL <i>Name of Repairer</i> | | TANGGAL PREMI DIBAYAR <i>Date of Premium Paid</i> | |
| PERKIRAAN HARGA PERBAIKAN <i>Estimated of Repair Cost</i> | Rp. | RESIKO SENDIRI ATAU EKSES <i>Owner's Risk of Excess</i> | Rp. |

Pengajuan Formulir ini bukanlah pengakuan akan adanya ganti rugi dari perusahaan asuransi
The issuance of this form does not represent any admission of liability by the insurance Company



| | |
|---|---------------------------------------|
| TANGGAL KEJADIAN <i>Date Of Loss:</i> | KETERANGAN <i>Full Explanation</i> |
| TEMPAT KEJADIAN <i>Place Of Accident:</i> | |
| TANGGAL PELAPORAN <i>Date Of Notification:</i> | |

[Pernyataan] Saya/kami, dengan ini menyatakan bahwa semua keterangan dan fakta-fakta yang diberikan adalah benar, semua dokumen yang diberikan telah sesuai dengan aslinya dan bahwa Saya/Kami tidak menyembunyikan atau menutup-nutupi segala informasi yang kami ketahui terkait peristiwa yang terjadi kepada perusahaan kami dan bersedia menanggung segala akibat hukum daripadanya.
[Kuasa] Dengan ini Saya/Kami memberi kuasa kepada pihak ke tiga yang melakukan proses klaim untuk melengkapi keterangan yang diperlukan PT ASURANSI TOKIO MARINE INDONESIA, atau perwakilannya, atas seluruh keterangan yang bersangkutan dengan proses klaim. Foto kopi surat kuasa ini akan diperlakukan sesuai dengan aslinya.
[Data dan/atau informasi Pribadi Pelanggan] Dengan ini Saya/Kami memberikan kuasa, persetujuan dan mengizinkan kepada PT ASURANSI TOKIO MARINE INDONESIA untuk menyimpan dan/atau menggunakan data dan/atau informasi pribadi saya/kami (antara lain nama, alamat nomor telepon dan lain-lain) yang dicantumkan didalam formulir ini ataupun sarana lainnya, termasuk memberikan dan dan/atau informasi pribadi kepada pihak-pihak lain yang bekerjasama dengan PT ASURANSI TOKIO MARINE INDONESIA dan/atau afiliasinya, untuk dipergunakan dalam pelaksanaan kegiatan dan/atau pelayanan terkait pertanggungan ini.

[Statement] / [Declaration]
I/We hereby declare that the above information and facts are true and correct to the best of my/our knowledge and belief, that all document submitted herewith is as accordance to the original copy, and that I/We are not concealing any information we know about events that occurred to our company and that I/ We understand it is made for use as evidence in court and is subject to penalty for perjury.

[Power of Attorney]
I/We hereby authorize and appoint the third party who will be lawfully conduct claim process for fulfilling all information in relation to said claim process required by PT ASURANSI TOKIO MARINE INDONESIA, or its representative(s), for and on behalf of me/us. Copy of this power of attorney shall be handled and treated as the original copy.)

[Customer Confidential Data and/or Information]
I/We hereby authorize and allow PT ASURANSI TOKIO MARINE INDONESIA to keep and/or utilize my/ our personal data and/or information (i.e.: name, address, phone number, etc) as stated in this form or other means, including to disclose said data and/or information to other parties in cooperation or affiliation with PT ASURANSI TOKIO MARINE INDONESIA, for the sake of activities and/or services in relation to this insurance.

| | |
|--|------------------------|
| TANDA TANGAN TERTANGGUNG <i>Insured Signature</i> | TANGGAL <i>Date</i> |
|--|------------------------|

KIRIM KEPADA/SEND TO AUTOMOBILE CLAIM DEPARTMENT, TELP NO#(021) 572 5772, FAX. NO.#(021) 572 4010

YOUR SECURITY OUR PRIORITY FOR 24/7 EMERGENCY ASSISTANCE, PLEASE CALL 14006



| LAPORAN KERUGIAN KENDARAAN BERMOTOR AUTOMOBILE INSURANCE LOSS REPORT (2/2) | | |
|---|--|----------------------------------|
| KESALAHAN <i>Fault</i> | TERTANGGUNG <i>Insured</i> | PIHAK LAIN <i>Other Party</i> |
| Pengajuan Formulir ini bukanlah pengakuan akan adanya ganti rugi dari perusahaan asuransi <i>The issuance of this form does not represent any admission of liability by the insurance Company</i> | | |
| NAMA PIHAK KE-TIGA <i>Name of Third Party</i> | | |
| NAMA PENGEMUDI <i>Name of Driver</i> | | |
| JENIS KERUSAKAN <i>Relation of Insured</i> | | |
| BESARNYA BIAYA PERBAIKAN <i>Repair Cost Estimation</i> | | |
| NAMA PENANGGUNG <i>Name of Other's Insurer</i> | | |
| ALAMAT PENANGGUNG <i>Address of Other's Insurer</i> | | |
| PENJEASAN LAINNYA <i>Other Explanation</i> | | |
| KERUSAKAN PADA PIHAK LAIN DAMAGE TO OTHER PARTY | | |
| NAMA KORBAN <i>Name of Injury Person</i> | UMUR KORBAN <i>Age of the Injury Person</i> | |
| ALAMAT <i>Address</i> | | |
| NO. TELPON/HP <i>Telephone No. #/HP</i> | | |
| MACAM PENDERITAAN <i>Extent of Injury</i> | | |
| NAMA RUMAH SAKIT <i>Name of Hospital</i> | | |
| TANDA TANGAN TERTANGGUNG <i>Insured Signature</i> | | TANGGAL <i>Date</i> |
| KIRIM KEPADA/SEND TO AUTOMOBILE CLAIM DEPARTMENT, TELP NO#(021) 572 5772, FAX. NO.#(021) 572 4010 | | |
| YOUR SECURITY OUR PRIORITY FOR 24/7 EMERGENCY ASSISTANCE, PLEASE CALL 14006 | | |