

FORMULIR KLAIM - PENYAKIT KRITIS

Formulir ini diisi oleh Peserta

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan lengkap dan jujur sehingga kami dapat memproses klaim dengan cepat. Jangan menggunakan tanda dan simbol.

Nomor Polis : _____

- Dokumen terlampir (wajib)** :
1. Formulir pengajuan klaim Penyakit Kritis yang telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Peserta.
 2. Surat keterangan asli dari Dokter spesialis yang mendiagnosis untuk pertama kali.
 3. Formulir Surat kuasa pelepasan informasi dan data medik yang diisi dan ditandatangani di atas meterai oleh Pihak Yang Diasuransikan.
 4. Fotokopi identitas diri Peserta (berupa Kartu Tanda Penduduk (KTP) elektronik untuk warga negara Indonesia, dan Passport untuk warga negara asing).
 5. Fotokopi identitas diri Pihak Yang Diasuransikan (berupa Akte lahir (anak-anak), Kartu Tanda Penduduk (KTP) elektronik untuk warga negara Indonesia (dewasa), dan Passport untuk warga negara asing (dewasa)).
 6. Fotokopi hasil pemeriksaan medis yang terkait dengan Polis/pengajuan klaim ini sehubungan dengan tindakan medis, perawatan dan/atau pelayanan kesehatan yang pernah dilakukan dan/atau diterima oleh Pihak Yang Diasuransikan.
 7. Formulir Pemberitahuan nomor rekening dan fotokopi buku rekening Peserta.
 8. Dokumen lainnya (jika diperlukan). _____

Catatan:

- Apabila Peserta adalah Individu, maka diwajibkan untuk mengisi "DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-INDIVIDU" pada formulir terpisah
- Apabila Peserta adalah perusahaan, maka diwajibkan untuk mengisi "FORMULIR DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA- PERUSAHAAN" pada formulir terpisah

A. DATA PESERTA

Nama : _____

Tempat/tanggal lahir : _____ Negara tempat lahir : _____

Jenis identitas : KTP SIM Passport KIMS KITAS

No identitas : _____

Tanggal berakhirnya identitas : ____ / ____ / ____
tgl bln tahun

Kewarganegaraan : _____

Pekerjaan : _____

Alamat : _____

Kota : _____ Kode Pos : _____

Provinsi : _____ Negara : _____

Nomor Telepon : Telepon (R) : _____ Telepon (K) : _____

Handphone : _____

Alamat email : _____

Untuk Manfaat Payor Benefit / Waiver Of Contribution : Apa nama penyakit yang diderita ? : _____

Tanggal pertama kali Pihak Yang Diasuransikan berobat ke dokter ? : ____ / ____ / ____
tgl bln tahun

Tanggal dinyatakan menderita penyakit kritis : ____ / ____ / ____
tgl bln tahun

B. DATA PIHAK YANG DIASURANSIKAN

Nama : _____

Tempat/tanggal lahir : _____ Negara tempat lahir : _____

Jenis identitas : KTP SIM Passport KIMS KITAS

No identitas : _____

Tanggal berakhirnya identitas : ____ / ____ / ____
tgl bln tahun

Kewarganegaraan : _____

Alamat : _____

Kota : _____ Kode Pos : _____

Provinsi : _____ Negara : _____

Nomor Telepon : Telepon (R) : _____ Telepon (K) : _____

Handphone : _____

Apa nama penyakit yang diderita? : _____

Tanggal pertama kali Pihak Yang Diasuransikan berobat ke dokter? : ____ / ____ / ____
tgl bln tahun

Tanggal dinyatakan menderita penyakit kritis : ____ / ____ / ____
tgl bln tahun

C. KETERANGAN TAMBAHAN

Polis Asuransi Jiwa/Kesehatan/Kecelakaan lain yang dimiliki Pihak Yang Diasuransikan

No	Nama Perusahaan	No Polis	Santunan Asuransi	Jenis Asuransi (jiwa/kesehatan/kecelakaan)	Tanggal Mulai
					____ / ____ / ____ tgl bln tahun
					____ / ____ / ____ tgl bln tahun
					____ / ____ / ____ tgl bln tahun
					____ / ____ / ____ tgl bln tahun
					____ / ____ / ____ tgl bln tahun

D. KETERANGAN MENGENAI RIWAYAT PENYAKIT/KONSULTASI

1. a. Apa nama penyakit yang diderita?

b. Kapan Pihak Yang Diasuransikan merasakan keluhan atau menunjukkan indikasi dari penyakit yang dideritanya? _____ / _____ / _____
tgl bln tahun

c. Kapan pertama kali Pihak Yang Diasuransikan diperiksa ke dokter untuk penyakit yang dideritanya? _____ / _____ / _____
tgl bln tahun

2. Tanggal dinyatakan menderita penyakit kritis : _____ / _____ / _____
tgl bln tahun

3. a. Apakah Pihak Yang Diasuransikan pernah menderita penyakit kritis sebelumnya? Ya Tidak

b. Jika Ya, sebutkan sejak kapan? _____ / _____ / _____
tgl bln tahun

c. Jelaskan secara rinci pemeriksaan dan pengobatan yang telah diberikan?

d. Nama dan alamat dokter yang pernah merawat Pihak Yang Diasuransikan selama ini

No	Nama Dokter	Alamat	Tanggal Pemeriksaan
			____ / ____ / ____ <small>tgl bln tahun</small>
			____ / ____ / ____ <small>tgl bln tahun</small>
			____ / ____ / ____ <small>tgl bln tahun</small>
			____ / ____ / ____ <small>tgl bln tahun</small>
			____ / ____ / ____ <small>tgl bln tahun</small>

4. Jelaskan secara rinci penyakit lain yang pernah diderita oleh Pihak Yang Diasuransikan

5. Sebutkan nama dan alamat Klinik/RS/Dokter/Puskesmas yang pernah dikunjungi oleh Pihak Yang Diasuransikan

No	Nama RS/Klinik/Dokter	Alamat	Telepon

E. PERNYATAAN PESERTA**Bersama ini saya menyatakan bahwa:**

1. Saya dengan ini memberikan kuasa dengan hak substitusi, tanpa syarat dan yang tidak dapat dicabut kembali kepada masing-masing, yang dapat bertindak sendiri-sendiri maupun secara bersama-sama, (i) PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia (“Allianz”); (ii) setiap orang dan/atau perusahaan yang bekerja sama dengan Allianz sehubungan dengan proses pengurusan, pemeriksaan dan/atau investigasi klaim asuransi; (iii) setiap dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, instansi lain, perusahaan asuransi lain, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya, yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan atau kesehatan Saya, riwayat pengobatan atau perawatan di Rumah Sakit maupun institusi pelayanan medis lainnya (termasuk diagnosis atau nasihat dokter atau tenaga medis lainnya); dan (iv) perusahaan atau perorangan atau organisasi lainnya yang menjadi Peserta, untuk melakukan hal-hal sebagai berikut:
 - a. Memberikan, mengungkapkan dan/atau menyerahkan kepada Allianz setiap keterangan, data, informasi dan/ataucatatan/isi/ringkasan rekam medis (termasuk memberi salinan/fotokopi dokumen terkait) sehubungan dengan, namun tidak terbatas pada, diagnosis, riwayat pengobatan atau perawatan dan/atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya;
 - b. Mendapatkan segala keterangan/informasi/catatan/rekam medis dari Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas dan/atau maupun institusi pelayanan medis lainnya sehubungan dengan diagnosis dan atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya yang mana akan digunakan untuk memproses permohonan asuransi Saya dan/atau klaim sesuai dengan ketentuan polis dan hukum yang berlaku; dan
 - c. Melakukan segala sesuatu sehubungan dengan polis asuransi dan/atau hal-hal tersebut di atas.
2. Saya dengan ini memahami bahwa Allianz akan melakukan tindakan sebagai berikut sehubungan pengajuan klaim:
 - a. memproses data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan berikut ini:
 - (i) penilaian risiko asuransi;
 - (ii) pengajuan dan penanganan setiap klaim (termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan dan investigasi klaim);
 - (iii) pembayaran manfaat asuransi/klaim;
 - (iv) keperluan ko-asuransi termasuk penanganan klaim yang timbul atas ko-asuransi;
 - (v) setiap proses hukum yang melibatkan Allianz dan/atau tenaga pemasarnya;
 - (vi) kerja sama reasuransi dan/atau retrosesi.
 - b. mengungkapkan data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) kepada pihak-pihak berikut ini:
 - (i) ahli medis dan/atau pihak ketiga lainnya (termasuk mereka yang memberikan perawatan, pelayanan kesehatan dan/atau layanan lainnya kepada Saya);
 - (ii) setiap perusahaan (termasuk perusahaan penyedia layanan, perusahaan asuransi, dan perusahaan reasuransi), mitra, orang atau pihak ketiga yang ditunjuk dan/atau bekerja sama dengan Allianz;
 - (iii) perusahaan induk Allianz, afiliasi, anak perusahaan, agen dan perwakilannya dan/atau usaha patungan; dan/atau
 - (iv) otoritas, asosiasi asuransi dan/atau badan pemerintah (*regulator*), dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan sebagaimana yang diuraikan dalam butir 2 (a) di atas.
3. Saya mengerti bahwa untuk mempelajari lebih lanjut tentang bagaimana Allianz melindungi data pribadi dan hak-hak Saya dengan mengakses tautan berikut: <https://www.allianz.co.id/kebijakan-privasi.html>
4. Saya bertanggung jawab atas setiap pelepasan dan/atau pengungkapan informasi, keterangan dan/atau catatan/rekam medis sehubungan dengan kuasa yang Saya berikan sebagaimana dimaksud pada Angka 1 di atas, dan membebaskan setiap pihak yang menjadi penerima kuasa dari segala gugatan, tuntutan, ganti rugi dan/atau klaim yang timbul baik saat ini maupun di kemudian hari.
5. Saya menyetujui bahwa semua biaya yang timbul sehubungan dengan pelayanan kesehatan yang terjadi akan diperhitungkan oleh Allianz sesuai dengan ketentuan polis dan Saya bersedia dan dengan ini berjanji untuk membayar kepada Allianz, Dokter, Rumah Sakit, Klinik dan/atau Puskesmas terhadap biaya-biaya yang tidak dipertanggungjawabkan dalam polis sesuai dengan ketentuan yang diberlakukan oleh Allianz.
6. Saya menyatakan bahwa semua keterangan yang tercantum dalam Formulir ini adalah benar, tidak menyesatkan, dan tidak ada keterangan/informasi dan hal-hal lain yang Saya sembunyikan, serta Saya sendiri yang menandatangani Formulir ini. Apabila terdapat keterangan/informasi yang menyesatkan, tidak benar, dan/atau disembunyikan, maka dapat melakukan tindakan hukum terhadap Saya dan masalah asuransi yang telah dibayarkan Allianz akan Saya kembalikan kepada Allianz.
7. Saya dengan ini mengesampingkan keberlakuan ketentuan Pasal 1813, Pasal 1814 dan Pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.
8. Surat kuasa ini merupakan tambahan dari setiap kuasa yang telah Saya berikan sebelumnya kepada Allianz dan/atau penerima kuasa lainnya, dan tidak mengakhiri berakhirnya setiap kuasa yang telah Saya berikan sebelumnya.
9. Formulir ini telah memuat pemberian kuasa dari Saya kepada setiap penerima kuasa sebagaimana dimaksud pada Angka 1 di atas. Dengan demikian, Formulir ini memiliki akibat hukum yang sama dengan surat kuasa dan tidak diperlukan lagi suatu surat kuasa terpisah.
10. Formulir ini dapat dibuat salinannya dan setiap salinannya (fotokopinya) memiliki kekuatan hukum yang sama dengan aslinya.
11. Dalam hal diminta dan/atau dipersyaratkan oleh dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas dan/atau institusi kesehatan lainnya, Saya bersedia untuk mengisi dan menandatangani formulir klaim kesehatan dan/atau surat kuasa yang disediakan oleh setiap dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, atau institusi kesehatan lainnya (“Surat Kuasa Tambahan”). Surat Kuasa Tambahan tersebut merupakan tambahan atas, dan tidak meniadakan, kuasa-kuasa yang diberikan berdasarkan Formulir ini.

12. Dalam hal Formulir ini disediakan dalam versi Bahasa Indonesia dan bahasa asing lainnya, maka versi bahasa asingnya merupakan versi yang dimaksudkan sebagai referensi. Dalam kondisi apapun, versi Bahasa Indonesia merupakan versi yang berlaku.
13. Saya akan (i) mematuhi setiap peraturan perundang-undangan di bidang perpajakan yang berlaku termasuk peraturan tentang Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara (CRS); dan (ii) bertanggung jawab sepenuhnya untuk menanggung dan membayar pajak, pungutan dan pembayaran lainnya yang menurut ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku (termasuk peraturan perundang-undangan di bidang perpajakan) merupakan kewajiban Saya sehubungan dengan setiap transaksi yang Saya lakukan berdasarkan Formulir ini. Pembayaran pajak, pungutan dan pembayaran lainnya tersebut (termasuk setiap pelaporan atasnya) akan Saya lakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku (termasuk peraturan perundang-undangan di bidang perpajakan), dan/atau setiap perubahannya sebagaimana dapat ditentukan oleh pemerintah Republik Indonesia dari waktu ke waktu.
14. Apabila pembayaran yang dilakukan terdapat indikasi mencurigakan sebagaimana yang tercantum pada UU Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang & Pendanaan Terorisme serta Pencegahan Pendanaan Proliferasi Senjata Pemusnah Massal, maka Allianz dapat melakukan hal-hal yang dibutuhkan sebagaimana tercantum di dalam peraturan perundang-undangan tersebut.
15. Saya mengakui dan menyetujui bahwa Formulir ini dapat ditandatangani dengan tanda tangan elektronik (baik seluruhnya atau sebagian), yang harus dianggap sebagai tanda tangan asli untuk semua tujuan dan yang memiliki kekuatan hukum yang sama dengan tanda tangan asli (basah). Saya mengakui dan menyetujui bahwa, dalam setiap proses hukum dalam setiap hal yang sehubungan dengan Formulir ini, Saya secara tegas mengesampingkan setiap hak untuk (i) mengajukan pembelaan atau pelepasan tanggung jawab/kewajiban; dan/atau (ii) membatalkan Formulir ini, atas alasan penandatanganan Formulir ini oleh Saya dengan tanda tangan elektronik.

Dibuat dan ditandatangani di _____

Tanggal _____

tgl bln tahun

Tanda Tangan Peserta

(Nama Jelas)

<p>Data Tenaga Pemasar</p> <p>Nama Tenaga Pemasar : _____</p> <p>Nama Leader : _____</p> <p>Nomor telepon yang bisa dihubungi</p> <p>Kantor : _____</p> <p>Handphone : _____</p> <p style="text-align: center;">Tanda Tangan</p> <p style="text-align: center;">_____ (Nama Jelas)</p>	<p>Diverifikasi oleh : <input type="checkbox"/> Agency <input type="checkbox"/> CCC <input type="checkbox"/> Pusat</p> <p>Nama : _____</p> <p>Tanggal : _____</p> <p>Telepon : _____</p> <p style="text-align: center;">Tanda Tangan</p> <p style="text-align: center;">_____ (Nama Jelas)</p>								
<p>Catatan diisi oleh Kantor Pusat</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">1.</td> <td style="width: 50%; border: none;">5.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">2.</td> <td style="border: none;">6.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">3.</td> <td style="border: none;">7.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">4.</td> <td style="border: none;">8.</td> </tr> </table>		1.	5.	2.	6.	3.	7.	4.	8.
1.	5.								
2.	6.								
3.	7.								
4.	8.								