

PERNYATAAN DAN KUASA

1. Saya menyatakan dan menegaskan bahwa semua pernyataan dalam formulir ini saya buat dengan benar dan lengkap, dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan. Apabila ada keterangan yang menyesatkan atau tidak benar atau ditemukannya unsur penipuan baik sebagian maupun keseluruhan pada klaim ini, maka saya akan bertanggung jawab atas hal tersebut, baik secara perdata maupun pidana, dan santunan asuransi (termasuk santunan asuransi tambahan) akan saya kembalikan kepada PT Asuransi Allianz Life Indonesia (“Allianz”).
2. Saya bersedia untuk memberikan informasi / data / dokumen lainnya yang diperlukan untuk proses klaim ini.
3. Saya mengerti bahwa untuk mempelajari lebih lanjut tentang bagaimana Allianz melindungi data pribadi dan hak-hak saya dengan mengklik tautan berikut:<http://www.allianz.co.id/data-privasi/prinsip-privasi>.
4. Dengan ini saya memberi kuasa penuh, tanpa syarat dan tidak dapat dicabut kembali, kepada Allianz untuk meminta data, dokumen dan informasi kesehatan Peserta dan kepada setiap dokter yang merawat, dokter mewakili rumah sakit/klinik/puskesmas, praktisi medis, perusahaan asuransi, mitra bisnis, instansi atau pihak lain yang telah memeriksa/merawat/mengobati atau yang mengetahui kondisi kesehatan Peserta, untuk memberikan/melepas keterangan dan/atau informasi kesehatan Peserta kepada Allianz, yang meliputi, namun tidak terbatas pada, data medik atau informasi medis/kesehatan (termasuk memberi salinan/fotokopi dokumen terkait).
5. Sehubungan dengan angka 4 di atas, dengan ini saya bertanggung jawab atas pelepasan informasi atau data medis tersebut dan membebaskan, serta tidak akan mengajukan upaya hukum apapun (baik perdata maupun pidana) terhadap, Allianz, dokter/rumah sakit/klinik/puskesmas, praktisi medis, perusahaan asuransi, mitra bisnis, instansi atau pihak lain yang telah memeriksa/merawat/mengobati atau yang mengetahui kondisi kesehatan Peserta dari segala konsekuensi hukum yang timbul atau mungkin timbul. Kuasa ini tidak akan berakhir sampai dengan penyelesaian proses klaim asuransi oleh Allianz, dan saya dengan ini mengesampingkan keberlakuan Pasal 1813, 1814 dan 1816 dari Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia.

Dibuat dan ditandatangani di _____, tanggal ____ / _____ / _____

Tanda Tangan Penerima Manfaat

Nama Lengkap