

Alamat : _____

 Kota : _____ Kode Pos : _____
 Provinsi : _____ Negara : _____
 Nomor Telepon : Telepon (R) : _____ Telepon (K) : _____
 Handphone : _____
 Alamat email : _____

Untuk Manfaat Payor Protection/Waiver Of Contribution Tanggal meninggal Peserta : _____ / _____ / _____
 tgl bln tahun
 Tempat meninggal : _____
 Sebab meninggal : _____

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 : _____
 Pekerjaan : _____
 Tempat Meninggal : _____
 Tanggal Meninggal : _____ / _____ / _____
 tgl bln tahun
 Sebab Meninggal : _____
 Alamat : _____

 Kota : _____ Kode Pos : _____
 Propinsi : _____ Negara : _____
 Nomor Telepon : Telepon (R) : _____ Telepon (K) : _____
 Handphone : _____

C. DATA PENERIMA MANFAAT

Nama : _____
 Tempat/tanggal lahir : _____ Negara tempat lahir : _____
 Jenis identitas : KTP SIM Passport KIMS KITAS
 No identitas : _____
 Tanggal berakhirnya identitas : _____ / _____ / _____
 tgl bln tahun
 Kewarganegaraan : _____
 NPWP : _____
 Pekerjaan : _____
 Alamat : _____

 Kota : _____ Kode Pos : _____
 Propinsi : _____ Negara : _____
 Nomor Telepon : Telepon (R) : _____ Telepon (K) : _____
 Handphone : _____
 Alamat email : _____

D. 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

E. KETERANGAN MENGENAI KEJADIAN MENINGGAL DAN RIWAYAT PENYAKIT/KONSULTASI

1. Apakah Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia secara mendadak (tidak menderita sakit sebelumnya)? Ya Tidak
Jika "tidak" jawablah pertanyaan a, b dan c

a. Kapan Pihak Yang Diasuransikan merasakan keluhan atau menunjukkan indikasi dari penyakit terakhir yang dideritanya?

b. Kapan pertama kali Pihak Yang Diasuransikan diperiksa ke dokter untuk penyakit terakhirnya?

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

No	Nama Dokter	Alamat	Tanggal Pemeriksaan
			____ / ____ / ____ tgl bln tahun
			____ / ____ / ____ tgl bln tahun
			____ / ____ / ____ tgl bln tahun
			____ / ____ / ____ tgl bln tahun
			____ / ____ / ____ tgl bln tahun

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

3. Sebutkan nama dan alamat dokter yang menyatakan meninggal dunia

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

No	Nama RS/Klinik/Dokter	Alamat	Telepon

F. KETERANGAN MENGENAI KEJADIAN KECELAKAAN (JIKA SEBAB KEJADIAN ADALAH KECELAKAAN)

Mohon agar jawaban yang diberikan dapat memberikan gambaran yang jelas tentang kecelakaan tersebut. Apabila ada lampiran seperti artikel koran atau keterangan karyawan harap dilampirkan

1. Bilamana dan bagaimana kecelakaan itu terjadi?
(berikan keterangan yang rinci dan gunakan halaman belakang sebagai tambahan)

2. Tempat terjadinya kecelakaan (berikan keterangan yang rinci)

3. Pada kegiatan apa atau dalam kesempatan apa kecelakaan itu terjadi?

4. Apakah ada saksi yang melihat pada waktu kecelakaan terjadi?
Jika "Ya" berikan nama dan alamat lengkap saksi tersebut

Ya Tidak

5. Dalam hal kecelakaan lalu lintas
a. Siapakah pengemudi saat terjadinya kecelakaan?

- b. Apakah pengemudi memiliki Surat Izin Mengemudi yang masih berlaku?

Ya Tidak

- c. Apakah ada penumpang lain saat terjadinya kecelakaan?
Jika "Ya", Siapa?

Ya Tidak

6. Saat terjadi kecelakaan, apakah Pihak Yang Diasuransikan sedang menderita suatu penyakit atau cedera? Jika "Ya" harap jelaskan secara rinci

Ya Tidak

7. Berapa banyak dan apa jenis alkohol yang diminum diminum Pihak Yang Diasuransikan sebelum kecelakaan (jika ada)?

- a. Apakah telah dilakukan tes kadar alkohol dalam darah?
Jika "ya" apa hasilnya?

Ya Tidak

- b. Apakah Pihak Yang Diasuransikan berada dalam pengaruh obat-obatan?

Ya Tidak

- c. Apakah ada otopsi atau pemeriksaan mayat?
Jika "ya" jelaskan hasilnya dan dilakukan oleh siapa?

Ya Tidak

8. Apakah ada penyelidikan polisi ?
Jika "ya" kapan, dimana dan oleh siapa?

Ya Tidak

G. PERNYATAAN DATA PENERIMA MANFAAT

Bersama ini saya menyatakan bahwa:

1. Saya menyatakan bahwa Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan telah menyetujui seluruh pernyataan, keterangan dan informasi yang diungkapkan mereka dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa Syariah ("SPAJ Syariah") sehingga, Saya sebagai Penerima Manfaat **tidak berhak untuk menyangkal, menyanggah dan/atau membantah pernyataan, keterangan dan informasi mereka tersebut**. Dalam hal terjadi ketidakterbukaan informasi dari mereka, **Saya menerima (i) konsekuensi pembatalan Polis** yang telah disetujui Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan tersebut; dan (ii) **hilangnya status/hak Saya sebagai Penerima Manfaat**. Saya menyatakan bahwa Saya menerima seluruh ketentuan Polis yang telah disetujui Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan tersebut.
2. 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 PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia ("Allianz") akan Saya kembalikan kepada Allianz.
3. Saya memahami dan menyetujui bahwa pengajuan pada Formulir ini hanya akan diproses oleh Allianz setelah seluruh dokumen yang dipersyaratkan disampaikan secara benar dan lengkap dan pengajuan akan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada Allianz.
4. 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) 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 Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan, 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/atau catatan/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 Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan;
 - 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 pengajuan klaim sesuai dengan ketentuan polis dan hukum yang berlaku; dan
 - c. Melakukan segala sesuatu sehubungan dengan pengajuan klaim asuransi dan/atau hal-hal lainnya yang berkaitan dengan klaim asuransi.
5. Saya dengan ini memahami bahwa Allianz akan melakukan tindakan sebagai berikut sehubungan pengajuan klaim:
 - a. memproses data dan/atau informasi pribadi Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan (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 Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan (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 Peserta dan/atau Pihak Yang Diasuransikan);
 - (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 5 (a) di atas.
6. 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>.
7. 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 4 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.
8. Saya dengan ini mengesampingkan keberlakuan ketentuan Pasal 1813, Pasal 1814 dan Pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.
9. Surat kuasa yang tercantum dalam Formulir ini merupakan tambahan dari setiap kuasa yang telah Saya berikan sebelumnya kepada Allianz dan/atau penerima kuasa lainnya, dan tidak mengakibatkan berakhirnya setiap kuasa yang telah Saya berikan sebelumnya..
10. Formulir ini telah memuat pemberian kuasa dari Saya kepada setiap penerima kuasa sebagaimana dimaksud pada Angka 4 di atas. Dengan demikian, Formulir ini memiliki akibat hukum yang sama dengan surat kuasa dan tidak diperlukan lagi suatu surat kuasa terpisah.
11. Formulir ini dapat dibuat salinannya dan setiap salinannya (fotokopinya) memiliki kekuatan hukum yang sama dengan aslinya.
12. 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 kematian 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.

