

FORMULIR KLAIM - MENINGGAL DUNIA

Formulir ini diisi oleh Termaslahat/Penerima Manfaat

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. ☐ Polis Asli
 2. ☐ Fotokopi kartu identitas Tertanggung
 3. ☐ Fotokopi kartu identitas Termaslahat/Penerima Manfaat
 4. ☐ Fotokopi Surat keterangan meninggal dunia dari Pamong Praja (Lurah) yang sudah dilegalisir
 5. ☐ Fotokopi Akte kematian dari Catatan Sipil yang sudah dilegalisir
 6. ☐ Formulir Klaim Meninggal yang diisi dengan lengkap oleh Termaslahat/Penerima Manfaat
 7. ☐ Formulir Surat Keterangan Dokter tentang Penyebab Kematian yang diisi oleh dokter yang menyatakan meninggal dunia atau yang merawat Tertanggung sebelum meninggal dunia
 8. ☐ Berita acara dari kepolisian dalam hal meninggal dunia secara tidak wajar atau karena kecelakaan
 9. ☐ Laporan kronologi kejadian meninggal jika Tertanggung meninggal di rumah
 10. ☐ Surat keterangan dari perwakilan Indonesia dalam hal meninggal di luar negeri
 11. ☐ Formulir Surat Kuasa Pelepasan Informasi dan Data Medik
 12. ☐ Fotokopi buku tabungan yang mencantumkan informasi mengenai nomor rekening
 13. ☐ Lainnya, jelaskan _____

Catatan:

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

A. DATA PEMEGANG POLIS

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 Protection/ Waiver Of Premium	:	Tanggal meninggal Pemegang Polis	:	____ / ____ / ____
				tgl bln tahun
		Tempat meninggal	:	_____
		Sebab meninggal	:	_____

B. DATA TERTANGGUNG

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 TERMASLAHAT/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 Tertanggung

No	Nama Perusahaan	No Polis	Uang Pertanggungan	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 Tertanggung meninggal dunia secara mendadak (tidak menderita sakit sebelumnya)? ☐ Ya ☐ Tidak
- Jika “tidak” jawablah pertanyaan a, b dan c
- a. Kapan Tertanggung merasakan keluhan atau menunjukkan indikasi dari penyakit terakhir yang dideritanya?

- b. Kapan pertama kali Tertanggung diperiksa ke dokter untuk penyakit terakhirnya?

- c. Nama dan alamat dokter yang pernah merawat Tertanggung 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 Tertanggung
-

3. Sebutkan nama dan alamat dokter yang menyatakan meninggal dunia
-

4. Sebutkan nama dan alamat Klinik / RS / Dokter / Puskesmas yang pernah dikunjungi oleh Tertanggung

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?

☐ Ya ☐ Tidak

Jika "Ya", Siapa?

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

☐ Ya ☐ Tidak

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

- a. Apakah telah dilakukan tes kadar alkohol dalam darah?

☐ Ya ☐ Tidak

Jika "ya" apa hasilnya?

- b. Apakah Tertanggung berada dalam pengaruh obat-obatan?

☐ Ya ☐ Tidak

- c. Apakah ada otopsi atau pemeriksaan mayat?

☐ Ya ☐ Tidak

Jika "ya" jelaskan hasilnya dan dilakukan oleh siapa?

8. Apakah ada penyelidikan polisi?

☐ Ya ☐ Tidak

Jika "ya" kapan, dimana dan oleh siapa?

G. PERNYATAAN TERMASLAHAT/PENERIMA MANFAAT

Bersama ini saya menyatakan bahwa:

1. Saya menyatakan bahwa Pemegang Polis dan/atau Tertanggung telah menyetujui seluruh pernyataan, keterangan dan informasi yang diungkapkan mereka dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa ("SPAJ") sehingga, Saya sebagai Termaslahat/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 Pemegang Polis dan/atau Tertanggung tersebut; dan (ii) **hilangnya status/hak Saya sebagai Termaslahat/Penerima Manfaat**. Saya menyatakan bahwa Saya menerima seluruh ketentuan Polis yang telah disetujui Pemegang Polis dan/atau Tertanggung 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 maslahat asuransi yang telah dibayarkan PT Asuransi Allianz Life 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 Pemegang Polis dan/atau Tertanggung, 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 pemegang polis, 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 Pemegang Polis dan/atau Tertanggung;
 - 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 Pemegang Polis dan/atau Tertanggung (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 Pemegang Polis dan/atau Tertanggung (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 Pemegang Polis dan/atau Tertanggung);
 - (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.
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

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. 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.
16. **Khusus untuk polis asuransi syariah**, jika proses klaim belum selesai pada 31 Oktober 2023, maka pada tanggal 1 November 2023, PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia akan mengambil alih proses klaim tersebut. Dalam hal ini, semua rujukan pada "PT Asuransi Allianz Life Indonesia" atau "Allianz" dalam formulir klaim ini dan dokumen pendukungnya akan dianggap merujuk pada "PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia".
17. 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

Tanda Tangan Termaslahat/Penerima Manfaat

(Nama Jelas)

Page 6 of 6