

## FORMULIR KLAIM - PENYAKIT KRITIS

Formulir ini diisi oleh Pemegang Polis

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

Nomor Polis : \_\_\_\_\_

- Dokumen terlampir (wajib)** :
1.  Polis Asli
  2.  Fotokopi kartu identitas Tertanggung
  3.  Fotokopi kartu identitas Pemegang Polis
  4.  Formulir Klaim Penyakit Kritis yang diisi dengan lengkap oleh Pemegang Polis
  5.  Formulir Surat Keterangan Dokter tentang Penyakit yang diderita
  6.  Formulir Surat Kuasa Pelepasan Informasi dan Data Medik
  7.  Fotokopi buku tabungan yang mencantumkan informasi mengenai nomor rekening
  8.  Copy hasil pemeriksaan medis yang menunjang untuk pengajuan klaim penyakit kritis
  9.  Lainnya, jelaskan \_\_\_\_\_

### Catatan:

- Apabila Pemegang Polis adalah Individu, maka diwajibkan untuk mengisi "DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-INDIVIDU" pada formulir terpisah
- Apabila Pemegang Polis 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 : \_\_\_\_\_

Propinsi : \_\_\_\_\_ Negara : \_\_\_\_\_

Nomor Telepon : Telepon (R) : \_\_\_\_\_ Telepon (K) : \_\_\_\_\_

Handphone : \_\_\_\_\_

Alamat email : \_\_\_\_\_

Untuk Manfaat Payor Benefit / Waiver Of Premium : Apa nama penyakit yang diderita ? : \_\_\_\_\_

Tanggal pertama kali Tertanggung berobat ke dokter ? : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
tgl bln tahun

Tanggal dinyatakan menderita penyakit kritis : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
tgl bln tahun

## 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 : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

Kota : \_\_\_\_\_ Kode Pos : \_\_\_\_\_

Propinsi : \_\_\_\_\_ Negara : \_\_\_\_\_

Nomor Telepon : Telepon (R) : \_\_\_\_\_ Telepon (K) : \_\_\_\_\_

Handphone : \_\_\_\_\_

Apa nama penyakit yang diderita ? : \_\_\_\_\_

Tanggal pertama kali Tertanggung 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 Tertanggung

No	Nama Perusahaan	No Polis	Uang Pertanggungan	Jenis Asuransi (jiwa/kesehatan/kecelakaan)	Tanggal Mulai
					____ / ____ / ____ <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>

#### D. KETERANGAN MENGENAI RIWAYAT PENYAKIT/KONSULTASI

1. a. Apa nama penyakit yang diderita ?

--

- b. Kapan Tertanggung merasakan keluhan atau menunjukkan indikasi dari penyakit yang dideritanya ?

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 tgl    bln    tahun

- c. Kapan pertama kali Tertanggung diperiksa ke dokter untuk penyakit yang dideritanya ?

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 tgl    bln    tahun

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

3. a. Apakah Tertanggung 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 Tertanggung selama ini

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

4. Jelaskan secara rinci penyakit lain yang pernah diderita oleh Tertanggung

--

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

No	Nama RS / Klinik / Dokter	Alamat	Telepon

### E. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS

Saya menerangkan bahwa semua pernyataan dalam formulir ini saya buat dengan benar dan lengkap. Apabila ada keterangan yang menyesatkan atau tidak benar, maka saya bersedia dituntut di muka pengadilan dan masalah Asuransi akan saya kembalikan kepada PT Asuransi Allianz Life Indonesia.

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>

Bersama ini pula, saya/kami menyetujui dan memberikan kuasa kepada Allianz untuk mengungkapkan dan menyerahkan informasi pribadi dan perpajakan saya/kami dalam hal menanggapi perintah pengadilan atau proses hukum atau permintaan dari pihak regulator atau berwenang dari negara mitra/yurisdiksi mitra atau untuk melindungi terhadap penipuan atau aktifitas ilegal lainnya atau untuk tujuan manajemen risiko atau untuk memungkinkan Allianz melakukan upaya hukum yang tersedia atau membatasi kerusakan yang mungkin terjadi terhadap Allianz dan/atau mematuhi hukum dan proses hukum termasuk tapi tidak terbatas pada peraturan tentang FATCA & CRS ("Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara").

Saya/kami juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara dan dengan segera mengkinikan Allianz jika ada perubahan atas data yang dicantumkan di dalam formulir ini.

Dibuat dan ditandatangani di \_\_\_\_\_ Tanggal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
tgl                  bln                  tahun

Tanda Tangan Pemegang Polis

\_\_\_\_\_  
 (Nama Jelas)

Data Agen Nama Agen : _____ Nama Leader : _____ Nomor telepon yang bisa dihubungi Kantor : _____ Handphone : _____  <p style="text-align: center;">Tanda Tangan</p> <p style="text-align: center;">_____          (Nama Jelas)</p>	Diverifikasi oleh : <input type="checkbox"/> Agency <input type="checkbox"/> CCC <input type="checkbox"/> Pusat Nama : _____ Tanggal : _____ Telepon : _____  <p style="text-align: center;">Tanda Tangan</p> <p style="text-align: center;">_____          (Nama Jelas)</p>
---	---

Catatan diisi oleh Kantor Pusat

- |    |    |
|----|----|
| 1. | 5. |
| 2. | 6. |
| 3. | 7. |
| 4. | 8. |