

FORMULIR KLAIM - CACAT

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. Formulir Klaim Cacat yang diisi dengan lengkap oleh Pemegang polis
 2. Formulir surat Keterangan Dokter tentang Cacat yang diisi oleh dokter yang merawat Tertanggung
 3. Berita acara dari kepolisian jika terjadi kecelakaan
 4. Laporan kronologi kecelakaan
 5. Fotokopi identitas diri dari Pemegang Polis
 6. Fotokopi identitas diri dari Tertanggung
 7. Copy hasil pemeriksaan yang mendukung diagnosa
 8. Fotokopi buku tabungan yang mencantumkan informasi mengenai nomor rekening
 9. Formulir Surat Kuasa Pelepasan Informasi dan Data Medik
 10. 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 : _____

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 : _____

Status Pegawai : Tetap Paruh Waktu Kontrak

Alamat : _____

Kota : _____ Kode Pos : _____

Propinsi : _____ Negara : _____

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

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

E. KETERANGAN MENGENAI KONDISI CACAT

1. Apakah yang menjadi penyebab cacat? Mohon dijelaskan nama penyakit atau kejadian kecelakaan

Penyakit : _____

Kecelakaan : _____

a. Tanggal Kejadian : _____ Tanggal Kejadian : _____

b. Jelaskan kejadian kecelakaan, dan lampirkan laporan kepolisian jika kecelakaan lalu lintas

c. Nama dan alamat dokter yang pertama kali merawat Tertanggung karena cacat yang diderita :

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

2. Berapa lama Anda tidak bekerja karena cacat tersebut diatas ?

Kapan Anda diperkirakan dapat bekerja kembali ?

3. Apakah sebelumnya Anda pernah mengalami cacat ? Mohon dijelaskan

4. Apakah Anda pernah mengajukan klaim yang sama ke perusahaan asuransi lain ? Mohon jelaskan

5. Apakah Anda kidal ? Ya Tidak

6. Sebutkan nama dan alamat Klinik / RS / Dokter / Puskesmas yang pernah dikunjungi oleh Anda selama ini

No	Nama RS / Klinik / Dokter	Alamat	Tanggal Kunjungan

7. Apakah ada anggota badan yang diamputasi ataupun hilang fungsinya ? Ya Tidak

Jika dijawab "Ya", mohon berikan tanda (x) pada bagian anggota tubuh yang mana :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kedua tangan | <input type="checkbox"/> Tangan kanan mulai dari siku | <input type="checkbox"/> Jempol kanan |
| <input type="checkbox"/> Kedua kaki | <input type="checkbox"/> Tangan kiri mulai dari siku | <input type="checkbox"/> Jempol kiri |
| <input type="checkbox"/> Kedua mata | <input type="checkbox"/> Tangan kanan mulai dari pergelangan | <input type="checkbox"/> Jari telunjuk kanan |
| <input type="checkbox"/> Satu tangan dan satu kaki | <input type="checkbox"/> Tangan kiri mulai dari pergelangan | <input type="checkbox"/> Jari telunjuk kiri |
| <input type="checkbox"/> Satu tangan dan satu mata | <input type="checkbox"/> Penglihatan sebelah mata | <input type="checkbox"/> Jari kelingking kanan |
| <input type="checkbox"/> Satu kaki dan satu mata | <input type="checkbox"/> Pendengaran kedua belah telinga | <input type="checkbox"/> Jari kelingking kiri |
| <input type="checkbox"/> Lengan kanan mulai dari bahu | <input type="checkbox"/> Pendengaran sebelah telinga | <input type="checkbox"/> Jari tengah / manis kanan |
| <input type="checkbox"/> Lengan kiri mulai dari bahu | <input type="checkbox"/> Satu kaki dari pergelangan | <input type="checkbox"/> Jari tengah / manis kiri |

8. Jelaskan secara rinci bagaimana kondisi cedera atau cacat yang diderita

9. Kapan kondisi cacat pertama kali dialami ?

10. Pada saat kejadian apakah Anda dalam kondisi sehat jasmani dan rohani ? Ya Tidak

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 ?

 Ya Tidak

Jika "Ya" harap jelaskan secara rinci

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

8. Apakah ada penyelidikan polisi ?

Jika "ya" kapan, dimana dan oleh siapa ?

G. 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. |