

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 : _____

Propinsi : _____ 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 ?
Jika "Ya", Siapa?

 Ya Tidak

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 ?
Jika "ya" apa hasilnya ?

 Ya Tidak

- 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 ?
Jika "ya" kapan, dimana dan oleh siapa ?

 Ya Tidak

G. PERNYATAAN TERMASLAHAT / PENERIMA MANFAAT

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.

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 Indonesia ("Allianz") akan Saya kembalikan kepada Allianz.

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.

Saya dengan ini memberi kuasa, tanpa syarat dan yang tidak dapat dicabut kembali, kepada Allianz untuk:

- Mengungkapkan informasi pribadi Saya kepada perusahaan eksternal dan/atau pihak ketiga lainnya yang telah diperiksa oleh Allianz melalui proses penyaringan identifikasi sehubungan dengan penyediaan jasa untuk menunjang kegiatan usaha/bisnis dan/atau operasional Allianz;
- Mengungkapkan informasi pribadi Saya untuk berbagi data dengan perusahaan induk Allianz, afiliasi, anak perusahaan, agen dan perwakilannya, usaha patungan, mitra strategis, asosiasi asuransi dan pihak-pihak yang berkepentingan lainnya sehubungan dengan kegiatan usaha/bisnis dan/atau operasional Allianz serta untuk tujuan pelayanan nasabah asuransi, pengurusan klaim asuransi dan/atau proses lainnya yang terkait dengan asuransi, termasuk investigasi klaim asuransi; dan
- Mengungkapkan informasi pribadi Saya untuk menanggapi perintah pengadilan atau proses hukum atau permintaan dari regulator manapun atau pihak berwenang atau untuk melindungi terhadap penipuan atau aktivitas ilegal lainnya atau untuk tujuan manajemen risiko atau untuk memungkinkan Allianz untuk melakukan upaya hukum yang tersedia atau membatasi kerusakan yang mungkin terjadi terhadap Allianz, dan/atau mematuhi hukum dan proses hukum termasuk tetapi tidak terbatas pada peraturan tentang FATCA dan CRS ("**Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara**"). Saya juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi kebutuhan terkait ("**Informasi Terkait**") dan dengan segera menyampaikan pengkinian data kepada Allianz jika ada perubahan atas Informasi Terkait tersebut.

Saya dengan ini mengesampingkan keberlakuan ketentuan Pasal 1813, Pasal 1814 dan Pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.

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>.

Saya akan (i) mematuhi setiap peraturan perundang-undangan di bidang perpajakan yang berlaku; 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 pembayaran lainnya tersebut (termasuk setiap pelaporan atasnya) akan Saya lakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku (termasuk peraturan perundang-undangan di bidang perpajakan), dan/atau setiap perubahannya sebagaimana dapat ditentukan oleh pemerintah Republik Indonesia dari waktu ke waktu.

Apabila pembayaran yang dilakukan terdapat indikasi mencurigakan sebagaimana yang tercantum pada UU Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang & Pendanaan Terorisme, maka Allianz dapat melakukan hal-hal yang dibutuhkan sebagaimana tercantum di dalam peraturan perundang-undangan tersebut.

Sehubungan dengan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan tentang Penerapan Program Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme di Sektor Jasa Keuangan:

- Saya menyadari, mengerti dan memahami bahwa Saya memiliki kewajiban untuk senantiasa melakukan pengkinian data kepada Allianz dan menyerahkan salinan dokumen pendukung yang berlaku.
- Saya juga setuju bahwa Allianz dapat menolak dan/atau membatalkan transaksi, apabila Saya (1) tidak melakukan pengkinian data; (2) diketahui dan/atau patut diduga menggunakan dokumen palsu atau menyampaikan informasi yang diragukan kebenarannya; (3) terdapat di dalam Daftar Terduga Teroris, Organisasi Teroris dan Proliferasi Senjata Pemusnah Massal ; dan/atau (4) kondisi lainnya sebagaimana diatur pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.

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.

Formulir ini dapat ditandatangani dengan tanda tangan elektronik, 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 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.

Dibuat, disetujui dan ditandatangani di _____ Tanggal / /
tgl bln tahun

Tanda Tangan Termaslahat/Penerima Manfaat

 (Nama Jelas)

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