

PERNYATAAN PESERTA PT ASURANSI ALLIANZ LIFE INDONESIA

Bersama ini saya menyatakan bahwa:

1. 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) PT Asuransi Allianz Life Indonesia ("**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 Saya, riwayat pengobatan atau perawatan di Rumah Sakit maupun institusi pelayanan medis lainnya (termasuk diagnosa atau nasehat 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, diagnosa, riwayat pengobatan atau perawatan dan/atau pelayanan dan/atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya;
 - b. Mendapatkan segala keterangan/informasi/catatan/rekam medis dari Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas dan/atau maupun institusi pelayanan medis lainnya sehubungan dengan diagnosa dan atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya yang mana akan digunakan untuk memproses permohonan asuransi Saya dan/atau klaim sesuai dengan ketentuan polis dan hukum yang berlaku; dan
 - c. Melakukan segala sesuatu sehubungan dengan polis asuransi dan/atau hal-hal tersebut di atas.
2. Saya dengan ini memberi kuasa, tanpa syarat dan yang tidak dapat dicabut kembali, kepada Allianz untuk:
 - a. Mengungkapkan informasi pribadi Saya kepada perusahaan eksternal dan/atau pihak ketiga lainnya yang telah diperiksa oleh Allianz melalui proses penyingkapan identifikasi sehubungan dengan penyediaan jasa untuk menunjang kegiatan usaha/bisnis dan/atau operasional Allianz;
 - b. 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
 - c. 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.
3. 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>
4. 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 1 dan 2 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.
5. Saya menyetujui bahwa semua biaya yang timbul sehubungan dengan pelayanan kesehatan yang terjadi akan diperhitungkan oleh Allianz sesuai dengan ketentuan polis dan Saya bersedia dan dengan ini berjanji untuk membayar kepada Allianz, Dokter, Rumah Sakit, Klinik dan/atau Puskesmas terhadap biaya-biaya yang tidak dipertanggungjawabkan dalam polis sesuai dengan ketentuan yang diberlakukan oleh Allianz.
6. Saya menyatakan bahwa semua keterangan yang tercantum dalam pernyataan ini adalah benar, jujur, tidak menyesatkan, dan dibuat tanpa paksaan pihak manapun.
7. Saya dengan ini mengesampingkan keberlakuan ketentuan Pasal 1813, Pasal 1814 dan Pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.
8. Surat kuasa 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.
9. Formulir Klaim Asuransi Kesehatan ini telah memuat pemberian kuasa dari Saya kepada setiap penerima kuasa sebagaimana dimaksud pada Angka 1 dan 2 di atas. Dengan demikian, Formulir Klaim Asuransi Kesehatan ini memiliki akibat hukum yang sama dengan surat kuasa dan tidak diperlukan lagi suatu surat kuasa terpisah.
10. Formulir Klaim Asuransi Kesehatan ini dapat dibuat salinannya dan setiap salinannya (fotokopinya) memiliki kekuatan hukum yang sama dengan aslinya.
11. 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 kesehatan 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 Klaim Asuransi Kesehatan ini.
12. Dalam hal Formulir Klaim Asuransi Kesehatan ini disediakan dalam versi Bahasa Indonesia dan bahasa asing lainnya, maka versi bahasa aslingnya merupakan versi yang dimaksudkan sebagai referensi. Dalam kondisi apapun, versi Bahasa Indonesia merupakan versi yang berlaku.
13. Formulir Klaim Asuransi Kesehatan 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 Klaim Asuransi Kesehatan ini, atas alasan penandatanganan Formulir Klaim Asuransi Kesehatan ini oleh Saya dengan tanda tangan elektronik.

Ketentuan Persetujuan Pemasaran

- Saya bersedia menerima informasi, penawaran produk dan/atau layanan serta dihubungi oleh Allianz dan/atau afiliasinya (serta pihak ketiga yang ditunjuk oleh Allianz dan/atau afiliasinya) untuk tujuan pemasaran serta peningkatan layanan. Dalam hal Saya memberikan persetujuan untuk menerima informasi, penawaran produk dan/atau layanan serta dihubungi oleh Allianz dan/atau afiliasinya (serta pihak ketiga yang ditunjuk oleh Allianz dan/atau afiliasinya) untuk tujuan pemasaran serta peningkatan layanan, Saya mengerti dan menyatakan bahwa persetujuan diatas meliputi: (i) persetujuan untuk dihubungi dan dikirimkan informasi mengenai penawaran produk dan/atau layanan, survei nasabah, kampanye produk melalui setiap media komunikasi yang tersedia (termasuk namun tidak terbatas pada surat, surat elektronik (email), short message service (sms), telepon, dan media komunikasi digital/elektronik lainnya) oleh Allianz dan/atau afiliasinya (serta pihak ketiga yang ditunjuk oleh Allianz dan/atau afiliasinya); dan (ii) persetujuan pemberian kuasa

kepada Allianz dan/atau afiliasinya (serta pihak ketiga yang ditunjuk oleh Allianz dan/atau afiliasinya) untuk mengungkapkan informasi data pribadi Saya terkait kepentingan sebagaimana dimaksud pada poin (i).

Saya tidak bersedia

Perhatian: Anda dapat menghubungi Allianz Care di 1500-136 atau mengirimkan email ke alamat Contactus@allianz.co.id dalam hal Anda tidak lagi ingin menerima informasi penawaran produk dan/atau layanan dari Allianz dan/atau afiliasinya (serta pihak ketiga yang ditunjuk oleh Allianz dan/atau afiliasinya).

INFORMASI & PERNYATAAN PASIEN

No. Polis : _____ **Jenis Kelamin** **Pria** **Wanita**

Nama Perusahaan (untuk polis Asuransi Kesehatan kumpulan) :

Nama Peserta : _____ **Tanggal lahir :** ____/____/____(tgl/bln/thn)

No. Peserta :

Terdaftar sebagai peserta COB BPJS Kesehatan ? **Ya** **Tidak**

No. BPJS Peserta : _____ Nomor Induk Kewarganegaraan :

Hubungan Peserta dengan Pemegang Polis: Karyawan atau diri sendiri Pasangan Anak

Tanggal Masuk : ____/____/____(tgl/bln/thn) **Tanggal Keluar:** ____/____/____(tgl/bln/thn)

Jenis Klaim :

- Rawat Inap Pra/Pasca Rawat Inap Rawat Jalan Melahirkan Benefit Kematian terkait Asuransi Kesehatan
 Santunan Harian Kacamata Pemeriksaan Kesehatan Koordinasi Manfaat Lainnya,

APABILA DISEBABKAN KARENA KECELAKAAN, MOHON SEBUTKAN TANGGAL TERJADINYA KECELAKAAN TERSEBUT? (TANGGAL/BULAN/TAHUN) DAN SEBUTKAN KRONOLOGIS TERJADINYA KECELAKAAN.

Kelengkapan Dokumen:

1. Formulir Klaim yang lengkap
2. Rincian Biaya
3. Salinan Hasil Tes Diagnostik
4. Kuitansi Pembayaran Asli
5. Copy Resep
6. Copy Cover Buku tabungan yang masih berlaku

TANDA TANGAN PESERTA :

Nama Jelas : Tanda tangan dan Tanggal :

PERNYATAAN DOKTER

Tanggal Masuk : ____/____/____(tgl/bln/thn)

Tanggal Keluar: ____/____/____(tgl/bln/thn)

DIAGNOSA MASUK :

DIAGNOSA KELUAR :

KODE DIAGNOSA ICD X :

DIAGNOSA UTAMA DAN KODE DIAGNOSA ICD X :

DIAGNOSA PENYERTA DAN KODE DIAGNOSA ICD X :

PENYAKIT BERHUBUNGAN DENGAN:

- KOSMETIK KESUBURAN KELAINAN BAWAAN KEJIWAAN KEHAMILAN GANGUAN TUMBUH KEMBANG HIV – AIDS
 PENGOBATAN KESUBURAN PENYALAHGUNAAN OBAT PENYAKIT AKIBAT HUBUNGAN SEKSUAL LAINNYA, SEBUTKAN

KELUHAN UTAMA DAN KRONOLOGIS :

KELUHAN TAMBAHAN :

ADAKAH PENYAKIT/KELUHAN LAIN YANG BERHUBUNGAN DENGAN KONDISI SEKARANG ? JIKA YA, MOHON SEBUTKAN DAN SEJAK KAPAN ?

SEJAK KAPAN PASIEN MENGALAMI KELUHAN / GEJALA TERSEBUT ?

JIKA MEMERLUKAN RAWAT INAP, APAKAH INDIKASI MEDIS DILAKUKAN RAWAT ?

MENURUT DOKTER, PERNAHKAH PASIEN MENGALAMI KONDISI YANG SAMA SEBELUM TANGGAL PENGOBATAN TANGGAL TERSEBUT ? JIKA YA, MOHON SEBUTKAN (TGL/BLN/THN)

PEMERIKSAAN FISIK DAN PENUNJANG

TERAPI & JENIS TINDAKAN (ICD 9-CM)

INFORMASI DOKTER YANG MERAUAT :

Nama _____

NIP Dokter _____

Nama Provider _____

No Telp Provider _____

Tandatangan dan stempel _____

*Formulir dua Bahasa dapat diunduh pada <https://www.allianz.co.id/layanan/klaim/klaim-asuransi-kesehatan.html>
 Bilingual form can be downloaded in <https://www.allianz.co.id/layanan/klaim/klaim-asuransi-kesehatan.html>