

FORMULIR KLAIM ASURANSI KESEHATAN PERORANGAN

Pengiriman dokumen klaim:
Claim document submission:
PT ASURANSI ALLIANZ LIFE INDONESIA
Allianz Document Management Center
Jakarta Gedung Setiabudi Atrium lantai
3 #308-309 Jln. HR. Rasuna Said
Kav.62

No. Persetujuan Rawat Inap:

PERNYATAAN TERTANGGUNG

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 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 Saya;
 - 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 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 menegaskan bahwa Saya memahami Allianz memiliki kepentingan yang sah untuk melakukan hal-hal sebagai berikut sehubungan dengan pengajuan klaim:
 - a. memproses data dan/atau informasi pribadi Saya (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) pelayanan nasabah termasuk penanganan keluhan/komplain;
 - (vi) kerja sama dalam rangka penemuan atau pencegahan penipuan dan kejahatan keuangan;
 - (vii) setiap proses hukum yang melibatkan Allianz dan/atau tenaga pemasarnya; dan/atau
 - (viii) kerja sama reasuransi dan/atau retrocesi.
 - b. mengungkapkan data dan/atau informasi pribadi Saya (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 Saya);
 - (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, tenaga pemasar 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 2 (a) di atas.
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 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 Perorangan ini telah memuat pemberian kuasa dari Saya kepada setiap penerima kuasa sebagaimana dimaksud pada Angka 1 di atas. Dengan demikian, Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Perorangan ini memiliki akibat hukum yang sama dengan surat kuasa dan tidak diperlukan lagi suatu surat kuasa terpisah.
10. Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Perorangan 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 Perorangan ini.
12. Dalam hal Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Perorangan 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.
13. Saya mengakui dan menyetujui bahwa Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Perorangan 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 Klaim Asuransi Kesehatan Perorangan ini, Saya secara tegas mengesampingkan setiap hak untuk (i) mengajukan pembelaan atau pelepasan tanggung jawab/kewajiban; dan/atau (ii) membatalkan Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Perorangan ini, atas alasan penandatanganan Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Perorangan ini oleh Saya dengan tanda tangan elektronik.

14. 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".

INFORMASI TERTANGGUNG

No Polis :	
Nama Pemegang Polis :	
Tanggal lahir : ____/____/____ (tgl/bln/thn)	Jenis Kelamin <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Nama Tertanggung :	
Tanggal lahir : ____/____/____ (tgl/bln/thn)	Jenis Kelamin <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Terdaftar sebagai peserta COB BPJS Kesehatan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	No. BPJS Peserta :
Nomor Induk Kewarganegaraan (No. KTP) :	
Tanggal Masuk : ____/____/____ (tgl/bln/thn)	Tanggal Keluar : ____/____/____ (tgl/bln/thn)
Jenis Klaim :	
<input type="checkbox"/> Rawat Inap	<input type="checkbox"/> Rawat Jalan
<input type="checkbox"/> Kehamilan/Melahirkan	<input type="checkbox"/> Pra/Pasca Rawat Inap
<input type="checkbox"/> Pemeriksaan Kesehatan	<input type="checkbox"/> Benefit Kematian terkait Asuransi Kesehatan
<input type="checkbox"/> Koordinasi Manfaat	<input type="checkbox"/> Gigi
<input type="checkbox"/> Lainnya,	<input type="checkbox"/> Santunan Penyakit Kritis Katastropik
Apakah ada hubungan keluarga antara Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dengan Tenaga Pemasar	
<input type="checkbox"/> Ada hubungan keluarga, jenis hubungan _____ <input type="checkbox"/> Tidak ada	

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

<p>ASURANSI KESEHATAN PERORANGAN TANDA TANGAN TERTANGGUNG</p> <p>Nama : Tanggal :</p>	<p>KELENGKAPAN DOKUMEN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formulir Klaim yang lengkap 2. Dokumen lainnya sebagaimana diatur pada ketentuan Polis <p>PERHATIAN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dalam hal terdapat perubahan, penambahan, pengurangan, perbaikan, ralat dan/ atau penarikan ("Perubahan") terhadap suatu informasi dan/atau diagnosa Dokter yang merawat, maka Anda wajib menyampaikan Surat Keterangan Dokter dan dokumen pendukung medis lainnya berupa hasil laboratorium, <i>Magnetic Resonance Imaging</i> (MRI), CT Scan, rontgen, dan/atau Elektrokardiogram (EKG) yang membuktikan bahwa Perubahan tersebut benar dan sesuai. ▪ SETIAP ORANG YANG MEMPERGUNAKAN SURAT KETERANGAN DOKTER YANG TIDAK BENAR ATAU PALSU DAPAT DIANCAM DENGAN HUKUMAN PIDANA BERDASARKAN KITAB UNDANG-UNDANG HUKUM PIDANA.
---	--

PERNYATAAN DOKTER

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

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

APAKAH ANDA DOKTER KELUARGA PASIEN TERSEBUT ?

- YA, SEJAK ____/____/____ (TGL/BLN/THN)
 TIDAK

APAKAH ANDA MEMILIKI HUBUNGAN KELUARGA DENGAN PASIEN ?

- IYA, JENIS HUBUNGAN _____
 TIDAK

DIAGNOSIS MASUK :

KODE DIAGNOSIS ICD X :

DIAGNOSIS KELUAR :

DIAGNOSIS UTAMA DAN KODE DIAGNOSIS ICD X :

DIAGNOSIS PENYERTA DAN KODE DIAGNOSIS ICD X :

PENYAKIT BERHUBUNGAN DENGAN:

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> KOSMETIK | <input type="checkbox"/> KESUBURAN | <input type="checkbox"/> KELAINAN BAWAAN | <input type="checkbox"/> GANGUAN TUMBUH KEMBANG |
| <input type="checkbox"/> KEHAMILAN | <input type="checkbox"/> KEJIWAAN | <input type="checkbox"/> PENGOBATAN KESUBURAN | <input type="checkbox"/> PENYAKIT AKIBAT HUBUNGAN SEKSUAL |
| <input type="checkbox"/> PENYALAHGUNAAN OBAT | <input type="checkbox"/> HIV – AIDS | <input type="checkbox"/> 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?

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

APAKAH PASIEN MERUPAKAN RUJUKAN DARI DOKTER LAIN? JIKA IYA, MOHON SEBUTKAN NAMA DOKTER DAN/ATAU RUMAH SAKIT/KLINIK

