

PERNYATAAN PESERTA PT ASURANSI ALLIANZ LIFE INDONESIA
PARTICIPANT STATEMENT PT ASURANSI ALLIANZ LIFE INDONESIA

Bersama ini saya menyatakan bahwa:

I hereby represent that:

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:
I hereby grant the unconditional and irrevocable power of attorney with the right of substitution to each of the following parties, who can act individually or collectively, (i) PT Asuransi Allianz Life Indonesia (“Allianz”); (ii) any person and/or company which cooperates with Allianz in connection with the process of arranging, examining and/or investigating in insurance claims; (iii) any physician, Hospital, Clinic, Health Center, other institution, other insurance company, legal entity, individual or other organization, who has any record or knowledge of my medical condition or health, a history of medication or treatment at Hospital or other medical service institution (including diagnosis or advice from a physician or other medical personnel); and (iv) other companies or individuals or organizations that become the policyholder, to exercise the following:
 - 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 medis yang diberikan kepada Saya;
Provide, disclose and/or furnish to Allianz any explanation, data, information and/or records/content/summary of medical records (including providing copy of any of the foregoing) in connection with, but not limited to, the diagnosis, medical or treatment history and/or medical services provided to me;
 - 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
Obtain all explanation/information/records/medical record from Hospital, Clinic, Health Center and/or other medical service institution in connection with diagnosis and/or medical service provided to me which will be used to process my insurance application and/or the claims in accordance with the provisions of the prevailing policy and laws; and
 - c. Melakukan segala sesuatu sehubungan dengan polis asuransi dan/atau hal-hal tersebut di atas.
Carry out any other things in connection with the insurance policy and/or any of the matters mentioned above.
2. Saya dengan ini memberi kuasa, tanpa syarat dan yang tidak dapat dicabut kembali, kepada Allianz untuk:
I hereby grant the unconditional and irrevocable power of attorney to Allianz, to:
 - a. 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;
Disclose my personal information to external companies and/or third parties that have been checked by Allianz through an identification screening process in connection with the provision of services to support the business activities and/or operational activities of 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
Disclose my personal information for data sharing with Allianz’s parent company, affiliates, subsidiaries, agents and their respective representatives, joint ventures, strategic partners, insurance association and other stakeholders in connection with the business activities and/or operational activities of Allianz as well as for the purpose provision of services for insurance customers, insurance claim management and/or other processes related to insurance, including claim investigation; and
 - 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 pengikisan data kepada Allianz jika ada perubahan atas Informasi Terkait tersebut.
Disclose my personal information in response to court orders or legal process or requests from any regulator or authority or to protect against fraud or other illegal activity or for risk management purposes or to enable Allianz to make available remedies or limit the damage that may occur towards Allianz, and/or comply with laws and legal process including but not limited to regulations concerning FATCA and CRS (“International Information Exchange Reporting Requirements”). I am also willing to provide the necessary information/documents to accommodate the related requirements (“Related Information”) and immediately submit the data updates to Allianz if there were any changes to such Related Information.
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>
I understand that I can learn more about how Allianz protects my personal data and rights by accessing the following link: <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.
I am responsible for any release and/or disclosure of information, report and/or medical records in connection with the power of attorney that I have provided as referred to in Paragraphs 1 and 2 above, and release every party who receives the power of attorney from any lawsuit, demands, compensation and/or claims that arises both now and in the future.
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.
I agree that all costs incurred in connection with health services that occur will be calculated by Allianz in accordance with the terms of the policy and I am willing and hereby promise to pay Allianz, Physicians, Hospitals, Clinics and/or Health Centers for costs that are not covered in the policy in accordance with the provisions imposed by Allianz.
6. Saya menyatakan bahwa semua keterangan yang tercantum dalam pernyataan ini adalah benar, jujur, tidak menyesatkan, dan dibuat tanpa paksaan pihak manapun.
I declared that all information contained in this statement is true, honest, not misleading, and made without coercion by any party.
7. Saya dengan ini mengesampingkan keberlakuan ketentuan Pasal 1813, Pasal 1814 dan Pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.
I hereby waive the application of the provisions of Article 1813, Article 1814, and Article 1816 of the Indonesian Civil Code.
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.
This letter of authority is a supplement to any power of attorney that I have previously granted to Allianz and/or other party who receives the power of attorney, and does not result in the expiration of any power/authority I previously granted.
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.
This Health Insurance Claim Form contains my authorization to each party who receives the power of attorney as referred to in Paragraphs 1 and 2 above. Thus, this Health Insurance Claim Form has the same legal consequences as a letter of authority and there is no need for a separate letter of authority.
10. Formulir Klaim Asuransi Kesehatan ini dapat dibuat salinannya dan setiap salinannya (fotokopinya) memiliki kekuatan hukum yang sama dengan aslinya.
This Health Insurance Claim Form can be made a copy and each copy (photocopy) has the same legal force as the original.

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.
*In the event that requested and/or required by the physician, Hospital, Clinic, Health Center and/or other health institution, I am willing to fill out and sign health claim form and/or power of attorney provided by the physician, Hospital, Clinic, Health Center and/or other health institution ("**Supplementary Power of Attorney**"). The Additional Power of attorney is in addition to and does not negate the power granted under this Health Insurance Claim Form*
12. Dalam hal Formulir Klaim Asuransi Kesehatan 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.
In the event that this Health Insurance Claim Form is provided in Indonesian language version and other foreign languages version, then other foreign languages version intended as reference. Under any circumstances, Indonesian language version shall prevail
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.
This Health Insurance Claim Form may be executed by electronic signature, which shall be considered as an original signature for all purposes and shall have the same force and effect as an original signature. I acknowledge and agree that I expressly waive any right to (i) raise any defense or waiver of liability; and/or (ii) nullify this Health Insurance Claim Form, based upon the execution of this Health Insurance Claim Form by myself by means of an electronic signature.

**Ketentuan Persetujuan Pemasaran
Marketing Consent Condition**

- 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).
I am willing to receive information, product and/or service offerings and be contacted by Allianz and/or its affiliates (as well as third parties appointed by Allianz and/or its affiliates) for marketing and service improvement purposes. In the event that I give consent to receive information, product and/or service offerings and contacted by Allianz and/or its affiliates (as well as third parties appointed by Allianz and/or its affiliates) for marketing and service improvement purposes, I understand and declare that the above agreement include: (i) a consent to be contacted and receive the information regarding product and/or service offerings, customer surveys, product campaigns through any available communication media (including but not limited to letters, electronic mail (e-mail), short message system (sms), telephone, and other digital/electronic communication media) by Allianz and/or its affiliates (as well as third parties appointed by Allianz and/or its affiliates); and (ii) approval to grant power to Allianz and/or its affiliates (as well as third parties appointed by Allianz and/or its affiliates) to disclose my personal data information related to the interests referred to in point (i).
- Saya tidak bersedia
I do not consent

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).
Attention: You can contact Allianz Care at 1500-136 or send an email to Contactus@allianz.co.id if you no longer wish to receive information on product and/or service offerings from Allianz and/or its affiliates (as well as third parties appointed by Allianz and/or its affiliates).

**INFORMASI & PERNYATAAN PASIEN
PATIENT INFORMATION & STATEMENT**

No. Polis : _____ Jenis Kelamin Pria Wanita
 Policy No. Sex Male Female

Nama Perusahaan (untuk polis Asuransi Kesehatan kumpulan) :
 Company Name (for Group Health Insurance)

Nama Peserta : _____ Tanggal lahir : ____/____/____ (tgl/bln/thn)
 Participant Name Date of Birth (dd/mm/yy)

No. Peserta :
 Participant No

Terdaftar sebagai peserta COB BPJS Kesehatan ? Ya Tidak
 Registered as COB BPJS Kesehatan Participant ? Yes No

No. BPJS Peserta : _____ Nomor Induk Kewarganegaraan :
 BPJS No. Citizen ID No.

Hubungan Peserta dengan Pemegang Polis: Karyawan atau diri sendiri Pasangan Anak
 Relation with Policy Holder Employee or as yourself Spouse Child

Tanggal Masuk : ____/____/____ (tgl/bln/thn) Tanggal Keluar: ____/____/____ (tgl/bln/thn)
 Admittence Date Discharge Date (dd/mm/yy) (dd/mm/yy)

Jenis Klaim :
 Claims Tupe :
 Rawat Inap Pra/Pasca Rawat Inap Rawat Jalan Melahirkan Benefit Kematian terkait Asuransi Kesehatan
 Inpatient Pre/Post Hospitalization Outpatient Maternity Death Benefit related with Health Insurance
 Santunan Harian Kacamata Pemeriksaan Kesehatan Koordinasi Manfaat Lainnya,
 Daily Compensation Spectacles Medical Check Up Coordination of Benefit (CoB) Others

**APABILA DISEBABKAN KARENA KECELAKAAN, MOHON SEBUTKAN TANGGAL TERJADINYA KECELAKAAN TERSEBUT? (TANGGAL/BULAN/TAHUN)
 DAN SEBUTKAN KRONOLOGIS TERJADINYA KECELAKAAN.
 IF CAUSED BY AN ACCIDENT, WHEN DID THE ACCIDENT TAKE PLACE (DD/MM/YY), PLEASE STATE THE CHRONOLOGY**

- Kelengkapan Dokumen:**
 1. Formulir Klaim yang lengkap (Complete Claim Form)
 2. Rincian Biaya (Detail Cost)
 3. Salinan Hasil Tes Diagnostik (Copy of Diagnostic test result)
 4. Kuitansi Pembayaran Asli (Original Payment Receipt)
 5. Copy Resep (Copy of Prescription)
 6. Copy Cover Buku tabungan yang masih berlaku (Copy of Cover Bank Account that still valid)

**TANDA TANGAN PESERTA :
PARTICIPANT SIGNATURE :**

Nama Jelas : Tanda tangan dan Tanggal :
 Full Name Signature and Date :

PERNYATAAN DOKTER PHYSICIAN STATEMENT	
Tanggal Masuk : ____/____/____ (tgl/bln/thn) <i>Admittence Date (dd/mm/yy)</i>	Tanggal Keluar: ____/____/____ (tgl/bln/thn) <i>Discharge Date (dd/mm/yy)</i>
DIAGNOSA MASUK : <i>ADMITTENCE DIAGNOSTIC</i> KODE DIAGNOSA ICD X : <i>ICD X DIAGNOSE CODE</i>	DIAGNOSA KELUAR : <i>DISCHARGE DIAGNOSTIC</i> DIAGNOSA UTAMA DAN KODE DIAGNOSA ICD X : <i>PRIMARY DIAGNOSE AND ICX X DIAGNOSE</i> DIAGNOSA PENYERTA DAN KODE DIAGNOSA ICD X : <i>SECONDARY DIAGNOSE AND ICX X DIAGNOSE</i>
PENYAKIT BERHUBUNGAN DENGAN: <i>DISEASE ASSOCIATED WITH</i> <input type="checkbox"/> KOSMETIK <input type="checkbox"/> KESUBURAN <input type="checkbox"/> KELAINAN BAWAAN <input type="checkbox"/> KEJIWAAN <input type="checkbox"/> KEHAMILAN <input type="checkbox"/> GANGUAN TUMBUH KEMBANG <input type="checkbox"/> HIV – AIDS <i>COSMETIC INFERTILITY CONGENITAL PSYCHOSOMATIC MATERNITY GROWTH AND DEVELOPMENT DISORDER HIV - AIDS</i> <input type="checkbox"/> PENGOBATAN KESUBURAN <input type="checkbox"/> PENYALAHGUNAAN OBAT <input type="checkbox"/> PENYAKIT AKIBAT HUBUNGAN SEKSUAL <input type="checkbox"/> LAINNYA, SEBUTKAN <i>FERTILITY TREATMENT DRUG ABUSE DISEASE DUE TO SEXUAL INTERCOURSE OTHERS, PLEASE MENTION</i>	
KELUHAN UTAMA DAN KRONOLOGIS : <i>MAIN COMPLAINT(S)/SYMPTOM(S) AND CHRONOLOGY</i>	
KELUHAN TAMBAHAN : <i>OTHER COMPLAINT(S)/SYMPTOM(S)</i>	
ADAKAH PENYAKIT/KELUHAN LAIN YANG BERHUBUNGAN DENGAN KONDISI SEKARANG ? JIKA YA, MOHON SEBUTKAN DAN SEJAK KAPAN ? <i>IS THERE ANY SYMPTOM / DISEASE RELATING TO CURRENT CONDITION ? IF YES, PLEASE SPECIFY AND SINCE WHEN ?</i>	
SEJAK KAPAN PASIEN MENGALAMI KELUHAN / GEJALA TERSEBUT ? <i>SINCE WHEN HAS THE PATIENT SUFFERED FROM THE COMPLAINT(S)/SYMPTOM(S)</i>	
JIKA MEMERLUKAN RAWAT INAP, APAKAH INDIKASI MEDIS DILAKUKAN RAWAT ? <i>IF HOSPITALIZATION IS NEEDED, PLEASE STATE THE MEDICAL INDICATION</i>	
MENURUT DOKTER, PERNAHKAH PASIEN MENGALAMI KONDISI YANG SAMA SEBELUM TANGGAL PENGOBATAN TANGGAL TERSEBUT ? JIKA YA, MOHON SEBUTKAN (TGL/BLN/THN) <i>ACCORDING TO PHSYCIAN, HAS THE PATIENT BEEN IN THE SAME CONDITION BEFORE ? IF YES, PLEASE STATE WHEN. (DD/MM/YY)</i>	
PEMERIKSAAN FISIK DAN PENUNJANG <i>PHYSICAL & OTHER EXAMINATIONS</i>	
TERAPI & JENIS TINDAKAN (ICD 9-CM) <i>THERAPY AND TYPE OF ACTION (ICD 9-CM)</i>	
INFORMASI DOKTER YANG MERAWAT : <i>PHYSICIAN'S INFORMATION</i> Nama <i>Physician's Name</i> _____ NIP Dokter <i>Number of Registration</i> _____ Nama Provider <i>Name of Provider</i> _____ No Telp Provider <i>Provider Phone Number</i> _____ Tandatanganan dan stempel <i>Physician's Signature and Stamp</i> _____	