

## 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 pengajuan klaim untuk cacat yang telah diisi secara lengkap dan benar oleh Pemegang Polis.
  2.  Formulir klaim cacat yang diisi oleh Dokter yang merawat yang menyatakan bahwa Tertanggung menderita Cacat Tetap Total atau Cacat Tetap Sebagian
  3.  Hasil pemeriksaan medis yang mendukung keterangan atau diagnosa Dokter yang merawat bahwa Tertanggung menderita Cacat Tetap Total atau Cacat Tetap Sebagian.
  4.  Fotokopi identitas diri yang sah dari Tertanggung dan Pemegang Polis.
  5.  Formulir pemberitahuan nomor rekening yang telah diisi secara lengkap dan benar oleh Pemegang Polis, dan fotokopi buku rekening Pemegang Polis.
  6.  Formulir surat kuasa pelepasan informasi dan data medik yang diisi dan ditandatangani di atas meterai oleh Tertanggung.
  7.  Surat keterangan dari Kepolisian dalam hal penyebab karena Kecelakaan.
  8.  Dokumen lain (jika diperlukan).
  9.  Dokumen lainnya yang disyaratkan dalam ketentuan Polis. \_\_\_\_\_

**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 : \_\_\_\_\_

**C. 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

**D. 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

**E. 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

8. Apakah ada penyelidikan polisi?

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

## E. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS

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 memahami bahwa Allianz akan melakukan tindakan sebagai berikut sehubungan 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) setiap proses hukum yang melibatkan Allianz dan/atau tenaga pemasarnya;
    - (vi) kerja sama reasuransi dan/atau retrosesi.
  - 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, agen 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 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 hukum terhadap Saya dan masalah asuransi yang telah dibayarkan Allianz akan Saya kembalikan kepada Allianz.
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 ini telah memuat pemberian kuasa dari Saya kepada setiap penerima kuasa sebagaimana dimaksud pada Angka 1 di atas. Dengan demikian, Formulir ini memiliki akibat hukum yang sama dengan surat kuasa dan tidak diperlukan lagi suatu surat kuasa terpisah.
10. Formulir 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 ini.
12. 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.
13. Saya akan (i) mematuhi setiap peraturan perundang-undangan di bidang perpajakan yang berlaku termasuk peraturan tentang Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara (CRS); 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.

14. Apabila pembayaran yang dilakukan terdapat indikasi mencurigakan sebagaimana yang tercantum pada UU Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang & Pendanaan Terorisme serta Pencegahan Pendanaan Proliferasi Senjata Pemusnah Massal, maka Allianz dapat melakukan hal-hal yang dibutuhkan sebagaimana tercantum di dalam peraturan perundang-undangan tersebut
15. **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".
16. Saya mengakui dan menyetujui bahwa Formulir 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 ini, 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 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 : _____ Tanda Tangan  _____ (Nama Jelas)	Diverifikasi oleh : <input type="checkbox"/> Agency <input type="checkbox"/> CCC <input type="checkbox"/> Pusat Nama : _____ Tanggal : _____ Telepon : _____  <div style="text-align: center;">Tanda Tangan</div> _____ (Nama Jelas)
Catatan diisi oleh Kantor Pusat 1. _____ 5. _____ 2. _____ 6. _____ 3. _____ 7. _____ 4. _____ 8. _____	