

FORMULIR KLAIM - PENYAKIT KRITIS

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.

ymbol.	
Nomor Polis	:
Dokumen terlampir (wajib)	: 1. Polis Asli
	2. Fotokopi kartu identitas Tertanggung
	3. Fotokopi kartu identitas Pemegang Polis
	4. Formulir Klaim Penyakit Kritis yang diisi dengan lengkap oleh Pemegang Polis
	5. Formulir Surat Keterangan Dokter tentang Penyakit yang diderita
	6. Formulir Surat Kuasa Pelepasan Informasi dan Data Medik
	7. Fotokopi buku tabungan yang mencantumkan informasi mengenai nomor rekening
	8. Copy hasil pemeriksaan medis yang menunjang untuk pengajuan klaim penyakit kritis
	9. Lainnya, jelaskan
Catatan:	
	Individu, maka diwajibkan untuk mengisi "DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-INDIVIDU' pada
Apabila Pemegang Polis adalah PERUSAHAAN" pada formulir te	perusahaan, maka diwajibkan untuk mengisi "FORMULIR DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA- erpisah
A. DATA PEMEGANG POL	LIS
lama	:
	Tempat/tanggal lahir : Negara tempat lahir :
	Jenis identitas : KTP SIM Passport KIMS KITAS
	No identitas :
	Tanggal berakhirnya : / / identitas
	Kewarganegaraan :

Untuk Manfaat Payor Benefit / Waiver Of Premium

Kota

Propinsi

: Telepon (R) Handphone

: Apa nama penyakit yang diderita ?

Tanggal pertama kali Tertanggung berobat ke dokter?

Tanggal dinyatakan menderita penyakit kritis

:		/		/	
	tgl		bln		tahun
:		/		/	
	tal		bln		tahun

Kode Pos

Negara Telepon (K)

Pekerjaan Alamat

Nomor Telepon

Alamat email



/ <u>bln</u>

bln

bln

bln

bln

tahun

tahun

tahun

tahun

tahun

B. DATA TERTAN	GGUNG			
Nama	:			
	Tempat/tanggal la	hir :	Negara tempat lah	ir :
	Jenis identitas	: KTP SIN	Passport KIMS	KITAS
	No identitas	:		
	Tanggal berakhirn identitas	nya : / / / /	tahun	
	Kewarganegaraar	n :		
Alamat	:			
	Kota		Kode Pos	·
	Propinsi	·	Negara	·
Nomor Telepon	: Telepon (R)	:	Telepon (K)	:
•	Handphone	:		
Apa nama penyakit yai	ng diderita ?	:		
Tanggal pertama kali T	ertanggung berobat ke dokter?	: / / tah	<u>un</u>	
Tanggal dinyatakan me	enderita penyakit kritis	: / / / ah	<u>un</u>	
C. KETERANGAN	TAMBAHAN			
	esehatan / Kecelakaan lain yang dir	miliki Tertanggung		
No Nama Perusah	aan No Polis	Uang Pertanggungan	Jenis Asuransi (jiwa/kesehatan/kecelakaan)	Tanggal Mulai

PT. Asuransi Allianz Life Indonesia
DCB 201801



D.	KET	ERANGAN MENGENAI RIWAYAT PENY	AKIT/KONSULTASI			
۱.		Apa nama penyakit yang diderita ?				
	b.	Kapan Tertanggung merasakan keluhan atau me	nunjukkan indikasi dari penyakit yang dideritanya?	tgl bln tahun		
	c. Kapan pertama kali Tertanggung diperiksakan ke dokter untuk penyakit yang dideritanya? tgl bln tahun					
2.	Tan	ggal dinyatakan menderita penyakit kritis :	tgl / bln tahun			
3.	а.	Apakah Tertanggung pernah menderita penyakit	kritis sebelumnya ?	Tidak		
	b	lika Ya, sebutkan sejak kapan ?	bln tahun			
	tgl bln tahun c. Jelaskan secara rinci pemeriksaan dan pengobatan yang telah diberikan ?					
	Ī	<u> </u>				
	d.	Nama dan alamat dokter yang pernah merawat T	ertanggung selama ini			
	No Nama Dokter Alamat Tanggal Pemeriksaan					
				///		
				tgl bln tahun		
				tgl bln tahun		
				tgl bln tahun		
				tgl bln tahun		
				tgl bln tahun		
1.	Jela	Jelaskan secara rinci penyakit lain yang pernah diderita oleh Tertanggung				
5.	Sebutkan nama dan alamat Klinik / RS / Dokter / Puskesmas yang pernah dikunjungi oleh Tertanggung					
	No	Nama RS / Klinik / Dokter	Alamat	Telepon		
	\vdash					



E. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS

Saya menerangkan bahwa semua pernyataan dalam formulir ini saya buat dengan benar dan lengkap. Apabila ada keterangan yang menyesatkan atau tidak benar, maka saya bersedia dituntut di muka pengadilan dan maslahat Asuransi akan saya kembalikan kepada PT Asuransi Allianz Life Indonesia.

Saya mengerti bahwa untuk mempelajari lebih lanjut tentang bagaimana Allianz melindungi data pribadi dan hak-hak saya dengan mengklik tautan berikut:http://www.allianz.co.id/data-privasi/prinsip-privasi

Bersama ini pula, saya/kami menyetujui dan memberikan kuasa kepada Allianz untuk mengungkapkan dan menyerahkan informasi pribadi dan perpajakan saya/kami dalam hal menanggapi perintah pengadilan atau proses hukum atau permintaan dari pihak regulator atau berwenang dari negara mitra/yurisdiksi mitra atau untuk melindungi terhadap penipuan atau aktifitas ilegal lainnya atau untuk tujuan manajemen risiko atau untuk memungkinkan Allianz melakukan upaya hukum yang tersedia atau membatasi kerusakan yang mungkin terjadi terhadap Allianz dan/atau mematuhi hukum dan proses hukum termasuk tapi tidak terbatas pada peraturan tentang FATCA & CRS ("Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara").

Saya/kami juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara dan dengan segera mengkinikan Allianz jika ada perubahan atas data yang dicantumkan di dalam formulir ini.

Dibuat dan ditandatangan	i di	Tanggal / / / tahun Tanda Tangan Pemegang Polis	
Data Agen Nama Agen Nama Leader Nomor telepon yang bisa Kantor Handphone	:	(Nama Jelas) Diverifikasi oleh : Agency CCC Pusat Nama : Tanggal : Telepon : Tanda Tangan	
	(Nama Jelas)	(Nama Jelas)	
Catatan diisi oleh Kantor	Pusat		
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	