

## FORMULIR KLAIM - MENINGGAL DUNIA

Formulir ini diisi oleh Termaslahat/Penerima Manfaat

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. ☐ Polis Asli
  2. ☐ Fotokopi kartu identitas Tertanggung
  3. ☐ Fotokopi kartu identitas Termaslahat/Penerima Manfaat
  4. ☐ Fotokopi Surat keterangan meninggal dunia dari Pamong Praja ( Lurah ) yang sudah dilegalisir
  5. ☐ Fotokopi Akte kematian dari Catatan Sipil yang sudah dilegalisir
  6. ☐ Formulir Klaim Meninggal yang diisi dengan lengkap oleh Termaslahat/Penerima Manfaat
  7. ☐ Formulir Surat Keterangan Dokter tentang Penyebab Kematian yang diisi oleh dokter yang menyatakan meninggal dunia atau yang merawat Tertanggung sebelum meninggal dunia
  8. ☐ Berita acara dari kepolisian dalam hal meninggal dunia secara tidak wajar atau karena kecelakaan
  9. ☐ Laporan kronologi kejadian meninggal jika Tertanggung meninggal di rumah
  10. ☐ Surat keterangan dari perwakilan Indonesia dalam hal meninggal di luar negeri
  11. ☐ Formulir Surat Kuasa Pelepasan Informasi dan Data Medik
  12. ☐ Fotokopi buku tabungan yang mencantumkan informasi mengenai nomor rekening
  13. ☐ Lainnya, jelaskan \_\_\_\_\_

### Catatan:

- Apabila Termaslahat/Penerima Manfaat adalah Individu, maka diwajibkan untuk mengisi "DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-INDIVIDU" pada formulir terpisah
- Apabila Termaslahat/Penerima Manfaat 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	:	<input type="checkbox"/> KTP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> Passport	<input type="checkbox"/> KIMS <input type="checkbox"/> 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	:	_____			

Untuk Manfaat Payor Protection/ Waiver Of Premium	:	Tanggal meninggal Pemegang Polis	:	_____/_____/_____ tgl bln tahun
	:	Tempat meninggal	:	_____
	:	Sebab meninggal	:	_____

## B. DATA TERTANGGUNG

Nama	:						
Tempat/tanggal lahir	:			Negara tempat lahir	:		
Jenis identitas	:	<input type="checkbox"/> KTP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> Passport	<input type="checkbox"/> KIMS	<input type="checkbox"/> KITAS	
No identitas	:						
Tanggal berakhirnya identitas	:	<u>        </u> / <u>        </u> / <u>        </u>					
Kewarganegaraan	:						
Pekerjaan	:						
Tempat Meninggal	:						
Tanggal Meninggal	:	<u>        </u> / <u>        </u> / <u>        </u>					
Sebab Meninggal	:						
Alamat	:						
	:						
	:	Kota	:		Kode Pos	:	
	:	Propinsi	:		Negara	:	
Nomor Telepon	:	Telepon (R)	:		Telepon (K)	:	
	:	Handphone	:				

### C. DATA TERMASLAHAT / PENERIMA MANFAAT

Nama	:						
Tempat/tanggal lahir	:			Negara tempat lahir	:		
Jenis identitas	:	<input type="checkbox"/> KTP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> Passport	<input type="checkbox"/> KIMS	<input type="checkbox"/> KITAS	
No identitas	:						
Tanggal berakhirnya identitas	:	<u>        </u> / <u>        </u> / <u>        </u>					
		<i>tgl</i>	<i>bln</i>	<i>tahun</i>			
Kewarganegaraan	:						
NPWP	:						
Pekerjaan	:						
Alamat	:						
		Kota	:		Kode Pos	:	
		Propinsi	:		Negara	:	
Nomor Telepon	:	Telepon (R)	:		Telepon (K)	:	
		Handphone	:				
Alamat email	:						

**D. 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
					___ / ___ / ___ tgl / bln / tahun

**E. KETERANGAN MENGENAI KEJADIAN MENINGGAL DAN RIWAYAT PENYAKIT/KONSULTASI**

1. Apakah Tertanggung meninggal dunia secara mendadak ( tidak menderita sakit sebelumnya ) ?

☐ Ya ☐ Tidak

Jika "tidak" jawablah pertanyaan a, b dan c

- a. Kapan Tertanggung merasakan keluhan atau menunjukkan indikasi dari penyakit terakhir yang dideritanya ?

- b. Kapan pertama kali Tertanggung diperiksa ke dokter untuk penyakit terakhirnya ?

- c. Nama dan alamat dokter yang pernah merawat Tertanggung selama ini

No	Nama Dokter	Alamat	Tanggal Pemeriksaan
			___ / ___ / ___ tgl / bln / tahun
			___ / ___ / ___ tgl / bln / tahun
			___ / ___ / ___ tgl / bln / tahun
			___ / ___ / ___ tgl / bln / tahun
			___ / ___ / ___ tgl / bln / tahun

2. Jelaskan secara rinci penyakit lain yang pernah diderita oleh Tertanggung

3. Sebutkan nama dan alamat dokter yang menyatakan meninggal dunia

4. Sebutkan nama dan alamat Klinik / RS / Dokter / Puskesmas yang pernah dikunjungi oleh Tertanggung

No	Nama RS / Klinik / Dokter	Alamat	Telepon

**F. 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 ?

☐ Ya ☐ Tidak

Jika "Ya", Siapa?

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 ?

☐ Ya ☐ Tidak

Jika "ya" apa hasilnya ?

- b. Apakah Tertanggung berada dalam pengaruh obat-obatan ?

☐ Ya ☐ Tidak

- c. Apakah ada otopsi atau pemeriksaan mayat ?

☐ Ya ☐ Tidak

Jika "ya" jelaskan hasilnya dan dilakukan oleh siapa ?

8. Apakah ada penyelidikan polisi ?

☐ Ya ☐ Tidak

Jika "ya" kapan, dimana dan oleh siapa ?

## G. PERNYATAAN TERMASLAHAT / PENERIMA MANFAAT

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 masalah 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 membuat 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 ditandatangani di \_\_\_\_\_ Tanggal      /      /      tahun      /      /     

Tanda Tangan Termaslahat/Penerima Manfaat

(Nama Jelas)

Data Agen Nama Agen : _____ Nama Leader : _____ Nomor telepon yang bisa dihubungi Kantor : _____ Handphone : _____ <div style="text-align: center;">Tanda Tangan</div> <div style="text-align: center;">_____ (Nama Jelas)</div>	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> <div style="text-align: center;">_____ (Nama Jelas)</div>
Catatan diisi oleh Kantor Pusat	
1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.