

FORMULIR KLAIM ASURANSI KESEHATAN KUMPULAN

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 PESERTA

Bersama ini saya menyatakan bahwa:

- 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:
 - 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;
 - 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
 - Melakukan segala sesuatu sehubungan dengan polis asuransi dan/atau hal-hal tersebut di atas.
- Saya dengan ini menegaskan bahwa Saya memahami Allianz memiliki kepentingan yang sah untuk melakukan hal-hal sebagai berikut sehubungan dengan pengajuan klaim:
 - memproses data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan berikut ini:
 - penilaian risiko asuransi;
 - pengajuan dan penanganan setiap klaim (termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan dan investigasi klaim);
 - pembayaran manfaat asuransi/klaim;
 - keperluan ko-asuransi termasuk penanganan klaim yang timbul atas ko-asuransi;
 - pelayanan nasabah termasuk penanganan keluhan/komplain;
 - kerja sama dalam rangka penemuan atau pencegahan penipuan dan kejahatan keuangan;
 - setiap proses hukum yang melibatkan Allianz dan/atau tenaga pemasarnya; dan/atau
 - kerja sama reasuransi dan/atau retrosesi.
 - mengungkapkan data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) kepada pihak-pihak berikut ini:
 - ahli medis dan/atau pihak ketiga lainnya (termasuk mereka yang memberikan perawatan, pelayanan kesehatan dan/atau layanan lainnya kepada Saya);
 - setiap perusahaan (termasuk perusahaan penyedia layanan, perusahaan asuransi, dan perusahaan reasuransi), mitra, orang atau pihak ketiga yang ditunjuk dan/atau bekerja sama dengan Allianz;
 - perusahaan induk Allianz, afiliasi, anak perusahaan, tenaga pemasar dan perwakilannya dan/atau usaha patungan; dan/atau
 - otoritas, asosiasi asuransi dan/atau badan pemerintah (*regulator*), dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan sebagaimana yang diuraikan dalam butir 2 (a) di atas.
- 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>
- 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.
- 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.
- Saya menyatakan bahwa semua keterangan yang tercantum dalam pernyataan ini adalah benar, jujur, tidak menyesatkan, dan dibuat tanpa paksaan pihak manapun.
- Saya dengan ini mengesampingkan keberlakuan ketentuan Pasal 1813, Pasal 1814 dan Pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.
- 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.
- Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Kumpulan ini telah memuat pemberian kuasa dari Saya kepada setiap penerima kuasa sebagaimana dimaksud pada Angka 1 di atas. Dengan demikian, Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Kumpulan ini memiliki akibat hukum yang sama dengan surat kuasa dan tidak diperlukan lagi suatu surat kuasa terpisah.
- Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Kumpulan ini dapat dibuat salinannya dan setiap salinannya (fotokopinya) memiliki kekuatan hukum yang sama dengan aslinya.
- 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 berdasarkan Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Kumpulan ini.
- Dalam hal Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Kumpulan 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.
- Saya mengakui dan menyetujui bahwa Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Kumpulan 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 Kumpulan ini, Saya secara tegas mengesampingkan setiap hak untuk (i) mengajukan pembelaan atau pelepasan tanggung jawab/kewajiban;

dan/atau (ii) membatalkan Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Kumpulan ini, atas alasan penandatanganan Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Kumpulan ini oleh Saya dengan tanda tangan elektronik.

INFORMASI PESERTA

No Polis :	Nama Perusahaan :
Nama Peserta :	Tanggal lahir : ____/____/____ (tgl/bln/thn)
No Peserta :	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):	
Hubungan Peserta dengan Pemegang Polis:	<input type="checkbox"/> Karyawan atau diri sendiri <input type="checkbox"/> Pasangan <input type="checkbox"/> Anak
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"/> Pra/Pasca Rawat Inap <input type="checkbox"/> Benefit Kematian terkait Asuransi Kesehatan
<input type="checkbox"/> Kehamilan/Melahirkan	<input type="checkbox"/> Santunan Harian <input type="checkbox"/> Gigi <input type="checkbox"/> Santunan Penyakit Kritis Katastropik
<input type="checkbox"/> Pemeriksaan Kesehatan	<input type="checkbox"/> Koordinasi Manfaat <input type="checkbox"/> Lainnya,

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

ASURANSI KESEHATAN KUMPULAN TANDA TANGAN PESERTA	<p>KELENGKAPAN DOKUMEN: <i>DOCUMENTS REQUIRED:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formulir Klaim yang lengkap 2. Rincian Biaya 3. Salinan Hasil Tes Diagnostik 4. Asli Kuitansi Pembayaran 5. Salinan Resep 6. Fotokopi halaman pertama Buku tabungan yang masih berlaku 7. Surat rujukan dokter untuk pengobatan ke dokter spesialis atau rujukan pemeriksaan penunjang diagnostik dan fisioterapi <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.
<p>Nama :</p> <p>Tanggal :</p>	

PERNYATAAN DOKTER

Tanggal Masuk : ____/____/____ (tgl/bln/thn)	Tanggal Keluar : ____/____/____ (tgl/bln/thn)
APAKAH ANDA DOKTER KELUARGA PASIEN TERSEBUT?	<input type="checkbox"/> YA, SEJAK ____/____/____ (TGL/BLN/THN) <input type="checkbox"/> TIDAK
APAKAH ANDA MEMILIKI HUBUNGAN KELUARGA DENGAN PASIEN?	<input type="checkbox"/> IYA, JENIS HUBUNGAN _____ <input type="checkbox"/> TIDAK
DIAGNOSIS MASUK:	DIAGNOSIS KELUAR:
KODE DIAGNOSIS ICD X:	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
JIKA MEMERLUKAN RAWAT INAP, APAKAH INDIKASI MEDIS DILAKUKAN RAWAT?
APAKAH DIAGNOSIS TERSEBUT DAPAT TERJADI DALAM WAKTU SINGKAT? MOHON BERIKAN PENDAPAT DOKTER BERDASARKAN LITERATUR MEDIS DAN PENGALAMAN PROFESIONAL DOKTER
BERAPA LAMA PENYEBAB DARI KELUHAN TERSEBUT DIPERKIRAKAN SUDAH ADA? MOHON SEBUTKAN PERKIRAAN WAKTU DALAM BULAN
PEMERIKSAAN FISIK DAN PENUNJANG
TERAPI & JENIS TINDAKAN (ICD 9-CM)
INFORMASI DOKTER YANG MERAWAT:

