



MyProtection Cash Plan

MyProtection Cash Plan produk asuransi kesehatan individu yang memberikan manfaat berupa Santunan Harian apabila Nasabah PT Bank Maybank Indonesia Tbk menjalani rawat inap di rumah sakit sesuai dengan syarat & ketentuan dan selama Polis masih berlaku.

Nama Produk

MyProtection Cash Plan

Jenis Produk

Asuransi Kesehatan Individu

Nama Penanggung

PT Asuransi Allianz Life Indonesia

Jalur Pemasaran

Bancassurance

Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum ini ditujukan untuk memberikan penjelasan singkat terkait manfaat dan hal-hal penting dari Polis yang akan Anda beli. Mohon untuk mendapatkan penjelasan langsung dari tenaga pemasar kami sebelum memutuskan membeli Polis ini.

“Kami” adalah PT Asuransi Allianz Life Indonesia. “Anda” adalah calon Peserta.

Apa Saja Manfaat Yang Diberikan Pada Produk Ini?

Premi Bulanan	Manfaat
Plan A Rp236.250/Tahun	Plan A Rp200.000/hari
Plan B Rp354.400/Tahun	Plan B Rp300.000/hari

Catatan: Maksimum Rawat Inap 30 hari per tahun

Perawatan dengan maksimum 5 hari per tahun polis dengan penyakit sebagai berikut:

1. *Diarrhea & gastroenteritis.*
2. *Typhoid & paratyphoid fever.*
3. *Dengue Hemorrhagic fever.*
4. *Acute appendicitis*
5. *Dyspepsia*

Data Ringkas

Usia Masuk Tertanggung (ulang tahun terakhir)

18-60 tahun

Usia Pertanggung (ulang tahun terakhir)

Hingga Pemegang Polis mencapai usia 65 tahun.

Mata Uang

Rupiah

Cara Pembayaran Premi

Tahunan

Proses Klaim

Reimbursement

Underwriting

- *Guaranteed Issuance Offer (GIO)*, dengan pernyataan Kesehatan.
- Tertanggung yang sama hanya dapat memiliki produk yang sama dengan Hospital Cash Plan dengan maksimum Rp400.000 per pertanggung di Allianz.

Masa Tunggu

- 30 hari sejak tanggal berlaku Polis Penyakit- penyakit khusus:
- 12 bulan sejak Tanggal Berlaku Polis.
- Tidak ada masa tunggu untuk perawatan karena kecelakaan

Periode Perlindungan

Tahunan

Ketentuan Pertanggung:

- Melakukan pendaftaran melalui aplikasi Maybank2U.
- Tertanggung harus sama dengan Pemegang Polis
- Tertanggung hanya berhak memiliki 1 Polis MyProtection Cash Plan.

Risiko

Risiko Kredit

Risiko yang berkaitan dengan kemampuan Kami dalam rangka memenuhi kewajiban pembayaran kepada Anda/Peserta. Kami senantiasa mempertahankan kinerja untuk melebihi minimum kecukupan modal sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Risiko Operasional

Risiko yang berkaitan dengan proses operasional Kami, termasuk aplikasi sistem, maupun peristiwa eksternal yang dapat mempengaruhi kegiatan operasional Kami.

Risiko Perubahan Kondisi Ekonomi dan Politik

Risiko perubahan kondisi ekonomi dan stabilitas politik di dalam dan di luar negeri, atau perubahan undang-undang, kebijakan dan peraturan pemerintah yang berkaitan dengan dunia usaha serta dapat mempengaruhi kinerja investasi dan kinerja Kami.

Bagaimana Cara Mengajukan Polis Anda?

Melakukan pendaftaran secara *online* via aplikasi Maybank2U. Tertanggung harus sama dengan Pemegang Polis. Tertanggung hanya berhak memiliki 1 Polis MyProtection Cash Plan.

Apa Saja Kewajiban Anda Sebagai Pemegang Polis?

- Anda bertanggung jawab sepenuhnya atas keakuratan dan kelengkapan data yang Anda berikan kepada Kami, karena apabila terdapat kesalahan atau ketidaklengkapan data yang diminta dapat menyebabkan Polis Anda menjadi batal dan tidak ada pengembalian Premi.
- Anda wajib membayar Premi tepat waktu.
- Anda harus membaca dan memahami Polis Anda yang Anda terima. Anda berhak untuk membatalkan dan mengembalikan Polis ini kepada Kami apabila Anda tidak menyetujui syarat dan ketentuan yang tercantum didalamnya, dalam waktu 14 hari kalender sejak Polis Anda terima.

Apakah Anda Boleh Membatalkan Polis?

Anda dapat membatalkan Polis ini dan pembatalan tersebut menjadi efektif pada tanggal diterimanya surat pembatalan atau pada tanggal yang tercantum dalam pemberitahuan yang telah diterima oleh Kami, tanggal mana yang paling akhir dan tidak ada pengembalian Premi.

Pengecualian

Allianz tidak akan membayar Manfaat ini jika Penyakit atau Perawatan Rumah Sakit timbul secara langsung ataupun tidak langsung sebagai akibat dari:

1. Segala perawatan medis dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan Penyakit-penyakit Khusus dan komplikasinya berlaku 12 (dua belas) bulan sejak dimulainya Tanggal Berlaku Polis.
2. Pemeriksaan kesehatan, perawatan dan/atau pengobatan terkait dengan dialisis, pembedahan plastik, kehamilan dan komplikasinya, persalinan, pengendalian kehamilan, melahirkan dan aborsi, infertilisasi, termasuk inseminasi buatan, bayi tabung dan pengembalian kesuburan dan segala jenis terapi hormon, sunat yang tidak berhubungan dengan penyakit atau kecelakaan
3. Perawatan medis dan/atau pengobatan karena terlibat aktif dalam perang, keributan sipil, kerusuhan, terorisme, perkelahian atau perbuatan kejahatan, melukai diri sendiri dan percobaan bunuh diri.
4. Pemeriksaan fisik rutin, *medical check-up* atau pemeriksaan penunjang yang tidak berhubungan dengan pengobatan yang dibayar atau diagnosis penyakit.
5. Segala perawatan medis dan/atau pengobatan karena terlibat dalam kegiatan atau olahraga berbahaya, termasuk namun tidak terbatas pada perlombaan ketangkasan menggunakan kendaraan bermotor baik di darat, udara maupun laut, mendaki gunung, panjat tebing, arung jeram, terjun payung, terbang layang, pacuan kuda dan segala jenis olahraga dirgantara, dan lain-lain.

6. Gangguan kejiwaan atau saraf termasuk psikosis, neurosis, stres, depresi, psikogeriatik dan manifestasi fisiologis atau psikosomatik, perawatan pada saat Tertanggung di bawah penggunaan narkotika, alkohol, psikotropika, racun, gas, atau bahan-bahan sejenis atau obat-obatan selain digunakan sebagai obat menurut resep Dokter.

Penyakit-Penyakit Khusus

Penyakit-penyakit Khusus berarti Penyakit-penyakit yang disebutkan dibawah ini termasuk segala bentuk komplikasinya yang akan **dikecualikan selama 12 bulan pertama**:

- a. Segala jenis hernia;
- b. Segala jenis tumor jinak/benjolan/kista termasuk kanker;
- c. Tuberkulosis;
- d. Penyakit amandel atau *adenoid*; dan kondisi abnormal rongga hidung, *septum intranasal* atau *kanka turbin*, termasuk sinus;
- e. Penyakit tiroid;
- f. Hipertensi;
- g. Penyakit kardiovaskular dan arteri (seperti *Stroke*, *Transient Ischemic Attack/TIA*);
- h. Gagal ginjal kronis termasuk dialisis;
- i. Batu di Ginjal, Saluran/Kandung Kemih, Saluran/Kandung Empedu dan penyakit kandung empedu;
- j. Katarak atau refraksi mata;
- k. Bisul di perut dan *duodenum*;
- l. Semua jenis gangguan sistem reproduksi, termasuk fibroid/mioma di rahim, endometriosis, dan histerektomi;
- m. Diabetes melitus;
- n. Gangguan sistem pernafasan termasuk asma dan *bronchitis*;
- o. Semua penyakit hati dan komplikasinya termasuk hepatitis dan sirosis.



**Bapak Ronny
(Tertanggung)**

Usia Masuk 30 tahun, saat menggunakan
asuransi MyProtection Cash Plan

Plan:
Plan A

Premi:
Rp236.250/tahun

Skenario

- Bapak Ronny membeli produk MyProtection Cash Plan pada tanggal 1 Januari 2020.
- Pada tanggal 1 April 2020, Bapak Ronny membutuhkan perawatan di rumah sakit karena sakit Diare (*Diarrhea*).
- Bapak Ronny dirawat inap selama 2 hari di rumah sakit.
- Bapak Ronny berhak mendapatkan manfaat Rp200.000/hari yang akan dibayarkan atas perawatan rumah sakit (maks. 5 hari perawatan)

Total manfaat yang didapat Bapak Ronny

Rp200.000 x 2 Hari
Total manfaat = **Rp400.000**



**Ibu Asti
(Tertanggung)**

Usia Masuk 30 tahun, saat menggunakan
asuransi MyProtection Cash Plan

Plan:
Plan B

Premi:
Rp354.400/tahun

Skenario

- Ibu Asti membeli produk MyProtection Cash Plan pada tanggal 1 Januari 2020.
- Pada tanggal 1 April 2020, Ibu Asti membutuhkan perawatan di rumah sakit karena patah tulang kaki akibat kecelakaan.
- Ibu Asti dirawat inap selama 7 hari di rumah sakit
- Ibu Asti berhak mendapatkan manfaat Rp300.000/hari yang akan dibayarkan atas perawatan rumah sakit (maks. 30 hari perawatan)

Total manfaat yang didapat Ibu Asti

Rp300.000 x 7 Hari
Total manfaat = **Rp2.100.000**

Bagaimana Cara Mengajukan Klaim?

Reimbursement

- Kirimkan dokumen klaim dengan lengkap ke Allianz paling lambat 30 hari kalender sejak tanggal Tertanggung meninggalkan Rumah Sakit.
- Kami akan membayar klaim dalam waktu 7 hari kerja apabila klaim telah memenuhi persyaratan, lengkap dan benar diterima oleh Allianz dan disetujui oleh Allianz.

Persyaratan Dokumen Klaim

1. Formulir klaim yang telah diisi lengkap dan benar dan ditandatangani oleh Tertanggung dan bagian *resume* medis diisi lengkap dan telah ditandatangani oleh Dokter yang merawat dengan cap/stempel asli dari Rumah Sakit.
2. Bukti pembayaran atas perawatan berupa kuitansi asli atau salinan/*copy*.
3. Bukti lamanya dirawat di Rumah Sakit.

Catatan:

- Seluruh dokumentasi klaim harus dibuat dan dikirimkan kepada Allianz dalam 30 hari kalender sejak tanggal Tertanggung meninggalkan Rumah Sakit. Jika tidak, Allianz tidak akan membayarkan klaim Tertanggung.
- Apabila klaim Asuransi Kesehatan disetujui oleh Allianz, maka akan dilakukan pembayaran atas Manfaat Asuransi sesuai dengan persetujuan Allianz selambat-lambatnya 7 hari kerja sejak dokumen lengkap telah diterima Allianz dan pembayaran klaim dilakukan kepada Pemegang Polis.

Ke mana Dokumen Klaim Dapat Dikirimkan?

Jakarta

Allianz Document Management Center (ADMC)
Setiabudi Atrium, Lt. 3 Suite 308 A-309
Jl. H.R. Rasuna Said Kav. 62 Kuningan,
Karet Kuningan Kec. Setiabudi
Jakarta Selatan 12920

Bandung

Allianz Document Management Center (ADMC)
PT Asuransi Allianz Life Indonesia
Wisma CIMB Niaga Lantai 7
Jl. Gatot Subroto No. 2
Bandung 40262, Jawa Barat

Surabaya

Allianz Document Management Center (ADMC)
PT Asuransi Allianz Life Indonesia
Gedung Graha Pacific Lantai 2
Jl. Basuki Rachmat 87-91
Surabaya 60271, Jawa Timur

Bali

Allianz Document Management Center (ADMC)
PT Asuransi Allianz Life Indonesia
Jl. Raya Puputan No.122 C
Denpasar Timur, Kota Denpasar
Bali 80234

Medan

Allianz Document Management Center (ADMC)
PT Asuransi Allianz Life Indonesia
Gedung Forum Nine Lt. 6
Jl. Imam Bonjol No. 9
Medan 20112

Penerimaan dokumen pada hari Senin – Jumat (kecuali hari libur)

Untuk pengiriman seluruh dokumen klaim ke Allianz dapat dilakukan menggunakan jasa pengiriman PT Pos Indonesia tanpa biaya kirim



Pengajuan klaim juga dapat dilakukan secara digital melalui Allianz eAZy Connect

Syarat dan Ketentuan

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Saya menyatakan dan menjamin kepada Allianz bahwa pada saat pengajuan asuransi saya berada dalam kondisi sehat jasmani dan rohani, serta tidak sedang dirawat di rumah sakit.
2. Semua pernyataan, keterangan, dan dokumen yang saya berikan adalah benar dan lengkap, sesuai dengan fakta, pengetahuan dan keyakinan saya. Apabila saya memberikan pernyataan, keterangan, dan dokumen yang tidak benar dan/atau tidak lengkap, maka saya menyetujui bahwa PT Asuransi Allianz Life Indonesia ("Allianz") berhak untuk membatalkan Polis sehingga Allianz akan dibebaskan dari segala kewajibannya, segala gugatan dan pembayaran manfaat asuransi serta saya menyetujui untuk dengan segera mengembalikan manfaat asuransi yang telah diterima kepada Allianz.
3. Saya dengan ini memberikan kuasa sepenuhnya kepada Allianz untuk:
 - a. Mengungkapkan informasi pribadi saya kepada perusahaan eksternal yang telah diperiksa oleh Allianz melalui proses penyaringan identifikasi untuk bekerja atas nama Allianz guna menyediakan beberapa fungsi terkait bisnis tertentu.
 - b. Mengungkapkan informasi pribadi saya untuk berbagi data dengan perusahaan induk Allianz, afiliasi, anak perusahaan, agen, usaha patungan dan mitra strategis untuk melakukan fungsi bisnis yang terkait.
 - c. Mengungkapkan informasi pribadi saya dalam hal 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 pengkinian data kepada Allianz jika ada perubahan atas informasi terkait tersebut.

4. Saya, dengan ini memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, instansi lain, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan, organisasi lainnya, yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan atau kesehatan saya, riwayat pengobatan atau perawatan di rumah sakit, nasihat-nasihat dokter baik selama saya masih hidup atau meninggal dunia dan/atau setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, instansi lain, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan, organisasi lainnya, yang ditunjuk atau direkomendasikan oleh Allianz, untuk memberitahukan dan mengungkapkan kepada Allianz atau mereka yang diberi kuasa oleh Allianz, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya.
5. Saya menyetujui bahwa segala biaya yang timbul sehubungan dengan pelayanan kesehatan yang akan terjadi, baik saat ini maupun di kemudian hari akan diperhitungkan oleh Allianz sesuai dengan ketentuan Polis dan saya bersedia untuk melakukan pembayaran kepada Allianz atas biaya-biaya yang tidak ditanggung didalam Polis sesuai dengan prosedur internal Allianz yang berlaku.
6. Saya menyetujui bahwa Allianz akan menerbitkan Polis dan data Polis (ikhtisar Polis) dalam bentuk elektronik dan saya bersedia untuk menerima Polis dan data Polis (ikhtisar Polis) dalam bentuk elektronik.

7. Saya menyetujui bahwa ketentuan yang akan berlaku dan mengikat adalah ketentuan yang tercantum dalam Polis dan data Polis (ikhtisar Polis).
8. Saya memahami bahwa Premi yang dibayarkan sudah termasuk biaya terkait dengan diadakannya Polis ini dan apabila terdapat tambahan biaya lain yang timbul akibat pemilihan metode pembayaran, maka tambahan biaya tersebut merupakan tanggung jawab Saya kepada penyedia fasilitas pembayaran yang saya pilih.

Kebijakan Privasi:

Allianz selalu berkomitmen di dalam melindungi penggunaan data dan informasi pribadi Anda. Sebagai wujud dari komitmen tersebut, Allianz menyatakan kebijakan privasi ini sebagai dasar dari pengumpulan dan penggunaan data Anda.

Pengumpulan Data:

Allianz akan memperoleh dan mengumpulkan data Anda, pada saat:

- Anda melakukan pengisian data yang diwajibkan pada saat membeli produk asuransi Allianz, termasuk namun tidak terbatas pada: data pribadi, KTP, alamat, nomor telepon, alamat email, nomor rekening bank;
- Anda mengisi survey terkait produk dan layanan asuransi Allianz;
- Anda menghubungi *Customer Service* yang tersedia perihal produk dan layanan asuransi Allianz.

Penggunaan Data:

Allianz dapat menggunakan seluruh atau sebagian data Anda yang telah dikumpulkan untuk hal-hal sebagai berikut:

- Memproses hal-hal terkait administrasi dan pengelolaan polis Asuransi;
- Menghubungi Anda melalui email, SMS, telepon, surat, dan lain-lain dalam rangka untuk memberikan layanan produk asuransi terkait;
- Membantu di dalam menjawab masalah atau pertanyaan Anda terkait produk dan layanan asuransi Allianz;
- Memantau atau investigasi transaksi yang mencurigakan, dan untuk melakukan tindak lanjut dari hasil investigasi tersebut;
- Menganalisa data untuk pengembangan fitur dan produk baru di masa yang akan mendatang;
- Mengirimkan materi promosi dan penawaran produk kepada Anda jika berhubungan dengan aktivitas kerjasama dengan PT Bank Maybank Indonesia Tbk.
- Mengungkapkan data, apabila diminta oleh institusi berwenang atas dasar ketentuan dan penegakan hukum.

Anda dapat mempelajari lebih lanjut tentang bagaimana Allianz melindungi data pribadi dan hak-hak Anda dengan mengakses tautan berikut: <https://www.allianz.co.id/kebijakan-privasi.html>

Pelayanan dan Penyelesaian Pengaduan

Apabila Anda memiliki pertanyaan dan keluhan terkait produk dan/atau layanan kami, Anda dapat menyampaikannya melalui *Customer Center* kami:

Alamat:
PT Asuransi Allianz Life Indonesia
Customer Lounge

World Trade Centre 6, Ground Floor
Jl. Jenderal Sudirman Kav. 29-31
Jakarta Selatan 12920, Indonesia

Corporate Number:
+6221 2926 8888

AllianzCare:
1500 136

Email:
ContactUs@allianz.co.id

Website:
www.allianz.co.id

Catatan Penting untuk Diperhatikan

- PT Asuransi Allianz Life Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan, dan tenaga pemasarnya telah memegang lisensi dari Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia.
- RIPLAY Umum ini bukan merupakan bagian dari Polis MyProtection Cash Plan dan bukan suatu bentuk perjanjian asuransi antara PT Asuransi Allianz Life Indonesia dengan Nasabah. Nasabah terikat penuh dengan setiap ketentuan yang terdapat dalam Polis MyProtection Cash Plan.
- Penjelasan pertanggungungan asuransi yang lengkap terdapat pada Polis MyProtection Cash Plan. Pertanggungungan asuransi berlaku ketentuan Pengecualian Polis MyProtection Cash Plan yaitu hal-hal yang tidak ditanggung dalam Polis MyProtection Cash Plan.
- MyProtection Cash Plan merupakan produk asuransi dari PT Asuransi Allianz Life Indonesia dan telah mendapatkan persetujuan dari Otoritas Jasa Keuangan.
- PT Bank Maybank Indonesia Tbk adalah Bank yang berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan & Bank Indonesia.
- PT Bank Maybank Indonesia Tbk hanya merupakan pihak yang mereferensikan Produk ini, sehingga PT Bank Maybank Indonesia Tbk tidak bertanggung jawab terkait Polis MyProtection Cash Plan yang diterbitkan serta kinerja Produk ini.
- MyProtection Cash Plan adalah produk asuransi kesehatan individu yang diterbitkan oleh PT Asuransi Allianz Life Indonesia. PT Bank Maybank Indonesia Tbk ("Bank") hanya bertindak dalam memasarkan MyProtection Cash Plan. MyProtection Cash Plan bukan produk Bank sehingga Bank tidak bertanggung jawab atas setiap dan semua klaim dan segala risiko apapun atas Polis MyProtection Cash Plan yang diterbitkan oleh PT Asuransi Allianz Life Indonesia.
- MyProtection Cash Plan tidak dijamin oleh Bank dan afiliasi-afiliasinya dan tidak termasuk dalam cakupan obyek penjamin Pemerintah Republik Indonesia atau Lembaga Penjaminan Pemerintah Republik Indonesia atau Lembaga Penjamin Simpanan ("LPS").
- Premi yang dibayarkan sudah termasuk biaya asuransi, administrasi, biaya meterai (jika ada) dan komisi untuk tenaga pemasar dan Bank.
- Kami akan menginformasikan kepada Anda apabila terjadi perubahan manfaat, biaya, risiko, syarat, dan ketentuan sebagaimana tercantum di dalam Polis MyProtection Cash Plan paling lambat 30 hari kerja sebelum berlakunya perubahan manfaat, biaya, risiko, syarat, dan ketentuan tersebut.
- Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY) Umum ini hanya sebagai gambaran umum saja. Untuk informasi lebih lengkap harap menghubungi Kami atau mengunjungi *website* Kami di www.allianz.co.id. Semua produk Kami dibuat untuk memberikan manfaat bagi Nasabah, tapi belum tentu sesuai dengan kebutuhan Anda.

Saya, sebagai Calon Pemegang Polis, Calon Tertanggung, Orang Tua/Wali Calon Pemegang Polis, dan/atau Orang Tua/Wali Calon Tertanggung (yang mana yang sesuai). ("**Saya**") telah mengisi Permohonan Asuransi ini dengan benar dan jujur dan dengan ini pula menyatakan dan menyetujui:

1. Semua keterangan yang diberikan di dalam *website/platform* Maybank2U ("**Platform**") dan keterangan lain yang Saya sampaikan kepada PT Asuransi Allianz Life Indonesia (selanjutnya disebut "**Allianz**") atau kepada pemeriksa kesehatan yang ditunjuk oleh Allianz adalah benar sudah Saya tuliskan dan/atau cantumkan di dalam Platform tersebut (termasuk yang ditulis di dalam Endosemen (jika ada)) dan tidak ada keterangan-keterangan dan hal-hal lain yang Saya sembunyikan, serta Saya sendiri yang mengisi serta menandatangani secara elektronik permohonan pembelian [nama Produk Asuransi] ini serta Pernyataan dan Surat Kuasa ini ("**Permohonan Asuransi**").
2. Pembayaran yang dilakukan oleh Saya untuk pembayaran Premi berdasarkan Permohonan Asuransi ini tidak berasal dari maupun digunakan untuk tujuan tindak pidana pencucian uang dan pendanaan terorisme sebagaimana dimaksud UU No. 8 Tahun 2010 tentang Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang dan UU No. 9 Tahun 2013 tentang Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pendanaan Terorisme (dan/atau perubahannya), termasuk tidak terlibat dan/atau terdapat dalam daftar pendanaan proliferasi senjata pemusnah massal. Apabila ada indikasi pelanggaran atas Undang-Undang dan ketentuan-ketentuan tersebut di atas, maka Allianz akan melaksanakan kewajiban sesuai dengan ketentuan yang berlaku atau atas perintah Lembaga Negara yang berwenang, termasuk melakukan kewajiban pelaporan dan memberikan laporan atas transaksi keuangan yang mencurigakan. Dalam rangka memenuhi kewajiban Uji Tuntas Nasabah, Saya bersedia untuk memberikan data yang diminta sesuai dengan peraturan yang berlaku dan Saya bersedia untuk melakukan pengkinian data dalam hal terdapat perubahan data di kemudian hari.
3. Saya dengan ini memberi kuasa kepada Allianz untuk:
 - 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;
 - 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
 - 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 pengkinian data kepada Allianz jika ada perubahan atas Informasi Terkait tersebut.

4. Saya menyetujui 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 di atas meliputi:
 - a. 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 system (sms), telepon, dan media komunikasi digital/elektronik lainnya) oleh Allianz dan/atau afiliasinya (serta pihak ketiga yang ditunjuk oleh Allianz dan/atau afiliasinya); dan
 - b. 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 (a). Saya akan menghubungi Allianz Care di 1500-136 atau mengirimkan email ke alamat contactus@allianz.co.id dalam hal Saya 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).
5. Bahwa apabila ternyata pernyataan, keterangan, dokumen dan jawaban yang Saya berikan tidak benar/diragukan kebenarannya, maka Saya memahami serta menyetujui sepenuhnya bahwa Polis menjadi batal dan Allianz dibebaskan dari segala kewajibannya membayar Uang Pertanggungan dan/atau manfaat asuransi lainnya, segala gugatan, tuntutan, klaim atau bagian dari itu dalam bentuk dan nama apapun, maupun mengembalikan Premi, baik saat ini maupun di kemudian hari.
6. Pertanggungan asuransi akan mulai berlaku penuh apabila hal-hal berikut ini telah terjadi:
 - a. Polis atau surat akseptasi telah diterbitkan Allianz; dan
 - b. Premi telah dibayar lunas.
7. Saya, dengan ini memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, instansi lain, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya, yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan atau kesehatan Saya, suami/istri atau putra/putri Saya, riwayat pengobatan atau perawatan di rumah sakit, nasihat-nasihat dokter baik selama Saya masih hidup atau meninggal dunia dan/atau setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, instansi lain, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang ditunjuk atau direkomendasikan oleh Allianz, untuk memberitahu dan mengungkapkan kepada Allianz atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan Saya, suami/istri, atau putra/putri Saya.
8. Saya dengan ini melepaskan ketentuan-ketentuan yang termaktub dalam Pasal 1813, 1814, dan 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, serta pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali dan mengikat dan mengikat para pengganti/ahli waris/penerusnya, dan orang yang ditunjuk dan tetap berlaku setelah Saya meninggal atau dalam keadaan cacat atau berada di bawah pengampuan. Salinan (fotokopi) surat kuasa ini adalah sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama seperti aslinya.
9. Kecuali seperti tertera pada angka 5 di atas, Saya menyadari sepenuhnya bahwa Allianz memiliki hak untuk menolak/menerima, membatalkan/mengubah (dalam hal ini termasuk untuk menambahkan/mengurangi) ketentuan dalam perjanjian pertanggungan ini termasuk antara

10. Saya sadar dan sudah mengetahui serta memahami sepenuhnya jenis produk yang akan dibeli dan telah mendapatkan penjelasan produk yang akan Saya beli berdasarkan Permohonan Asuransi ini.
11. Saya menyatakan dan menyetujui setiap bentuk korespondensi dan/atau Buku Polis versi elektronik akan dikirimkan melalui e-mail.
12. 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>.
13. Saya menyatakan bahwa Saya tidak tunduk pada Qanun Nomor 11 tahun 2018 tentang Lembaga Keuangan Syariah dan peraturan pelaksanaannya (sebagaimana dapat diubah, ditambah atau digantikan dari waktu ke waktu) sehingga tidak ada larangan bagi Saya untuk mengajukan dan menandatangani Permohonan Asuransi ini dan membeli produk asuransi non-syari'ah
14. Saya memahami bahwa Premi yang dibayarkan sudah termasuk biaya asuransi, administrasi, biaya meterai (jika ada) dan komisi. Apabila terdapat tambahan biaya lain yang timbul akibat pemilihan metode pembayaran, maka tambahan biaya tersebut merupakan tanggung jawab Saya kepada penyedia fasilitas pembayaran yang saya pilih.
15. Saya akan (i) mematuhi setiap peraturan perundang-undangan di bidang perpajakan yang berlaku; 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 Permohonan Asuransi 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.
16. Sehubungan dengan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan tentang Penerapan Program Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme di Sektor Jasa Keuangan:
 - a. Saya menyadari, mengerti dan memahami bahwa Saya memiliki kewajiban untuk senantiasa melakukan pengkinian data kepada Allianz dan menyerahkan salinan dokumen pendukung yang berlaku.
 - b. Saya juga setuju bahwa Allianz dapat menolak dan/atau membatalkan transaksi, apabila Saya (1) tidak melakukan pengkinian data; (2) diketahui dan/atau patut diduga menggunakan dokumen palsu atau menyampaikan informasi yang diragukan kebenarannya; (3) terdapat di dalam Daftar Terduga Teroris, Organisasi Teroris dan Proliferasi Senjata Pemusnah Massal; dan/atau (4) kondisi lainnya sebagaimana diatur pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
17. Dalam hal Permohonan Asuransi 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.

18. Saya dengan ini menyatakan dan menjamin kepada Allianz bahwa setiap tertanggung lainnya yang namanya dan data-data pribadinya tercantum di dalam Permohonan Asuransi ini telah pula menyetujui Pernyataan dan Kuasa ini, termasuk pemberian kuasa yang tercantum di dalamnya.
19. Permohonan Asuransi ini 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 Permohonan Asuransi ini, atas alasan penandatanganan Permohonan Asuransi ini oleh Saya dengan tanda tangan elektronik.