



**AIA International Limited Taiwan Branch
Formulir Permohonan Klaim Asuransi Grup**

CLM No.:

Nomor Polis Asuransi		Unit Pemohon Asuransi			
Nama Korban		Nomor KTP		Tanggal Lahir	Tahun Bulan Tanggal
Nama Karyawan (Jika merupakan korban, tidak perlu diisi)		Nomor KTP		Hubungan antara korban dan karyawan: <input type="checkbox"/> Pribadi <input type="checkbox"/> Pasangan <input type="checkbox"/> Orang tua <input type="checkbox"/> Anak	
Permohonan	Item	<input type="checkbox"/> Rawat inap di rumah sakit <input type="checkbox"/> Patah tulang tidak rawat inap di rumah sakit <input type="checkbox"/> Kanker <input type="checkbox"/> Penyakit kritis <input type="checkbox"/> Kematian/disabilitas sepenuhnya <input type="checkbox"/> Disabilitas <input type="checkbox"/> Kecelakaan kerja <input type="checkbox"/> Pengobatan cedera <input type="checkbox"/> Pembayaran rawat jalan <input type="checkbox"/> Lainnya: _____			
	Kecelakaan	Waktu terjadi kecelakaan: Tahun _____ Bulan _____ Tanggal _____ Lokasi kecelakaan: Apakah melaporkan kasus: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Unit penanganan: Kepolisian/kantor _____ kejaksaan _____ daerah _____ Staf penanganan: Kontak telepon: _____	Rincian kecelakaan:	
Metode Pembayaran dan Informasi Kontak Penerima Manfaat	* Demi melindungi hak dan kepentingan Anda, saat mengisi data pengiriman uang, pastikan untuk mengisi lengkap nama akun, nama lembaga keuangan, nama cabang dan nomor rekening, serta harap melampirkan fotokopi sampul buku tabungan. * Jika nama akun, nomor rekening salah atau tidak lengkap, akan diganti menjadi pembayaran dengan cek yang tidak dapat dinegosiasikan. Jika mengajukan permohonan klaim asuransi dalam valuta asing, terbatas pada pembayaran dengan metode pengiriman uang. * Kecuali penerima manfaat klaim asuransi medis belum berusia dewasa, Perusahaan ini tidak menerima permohonan pengiriman uang ke rekening perwakilan hukum dari penerima manfaat; Setelah mengirimkan uang asuransi medis ke rekening perwakilan hukum dari penerima manfaat sesuai ketentuan tersebut sebelumnya, maka telah selesai memenuhi kewajiban pembayaran yang ditetapkan dalam kontrak asuransi. Penerima manfaat tidak boleh meminta Perusahaan ini untuk membayar lagi uang asuransi medis.				
	Metode Pembayaran	<input type="checkbox"/> Pengiriman uang <input type="checkbox"/> Sama dengan akun rekening yang diajukan pada permohonan klaim sebelumnya <input type="checkbox"/> Cek			
	Subjek Pengiriman Uang	<input type="checkbox"/> Penerima manfaat <input type="checkbox"/> Perwakilan hukum penerima manfaat—nomor KTP _____			
	Nama Akun		Nomor Rekening	<input type="checkbox"/> Kantor pos <input type="checkbox"/> Bank _____ cabang bank/cabang pos _____ Nomor rekening: _____ (lampirkan fotokopi sampul buku tabungan)	
	Alamat Kontak (kolom wajib diisi)	□□□			Telepon Kontak

Metode Pengiriman Cek

Disampaikan oleh staf penjual

Alamat kontak pos penerima benefit

Persetujuan pengumpulan, penanganan, dan penggunaan data pribadi seperti rekam medis, pemeriksaan medis dan kesehatan:

Saya (pihak bertanggung/penerima manfaat) setuju bahwa perusahaan dapat berdasarkan ketentuan Undang-Undang Perlindungan Data Pribadi dan Undang-Undang Asuransi Pasal 177-1 beserta ketentuan yang diotorisasinya, mengumpulkan, menangani, dan menggunakan data rekam medis, pemeriksaan medis dan kesehatan pribadi pihak bertanggung, serta dalam ruang lingkup yang diperlukan untuk memastikan atau memenuhi tujuan khusus kewajiban kontrak asuransi antara Perusahaan dan pihak bertanggung (termasuk mentransfer kepada perusahaan reasuransi yang memiliki hubungan bisnis untuk menangani peninjauan reasuransi atau klaim), detail pemberitahuan sesuai yang dimuat pada halaman kedua formulir klaim asuransi.

Jika item permohonan merupakan uang asuransi kematian, demi memastikan kebenaran isi bukti pemeriksaan jenazah (atau akta kematian) yang dilampirkan dalam permohonan klaim kali ini, saya (penerima manfaat) menyetujui Perusahaan untuk melakukan perbandingan atas data tersebut sebelumnya dengan sistem pelaporan kematian unit terkait.

Saya menyatakan terhadap pengajuan permohonan uang asuransi kali ini yang diajukan sendiri atau dengan memercayakan "staf penjual/agen asuransi/broker asuransi/unit pemohon asuransi penyampai dokumen" untuk mewakili pengajuan, menyetujui Perusahaan dapat menyerahkan dokumen/informasi terkait permohonan klaim kepada "staf penjual/agen asuransi/broker asuransi/unit pemohon asuransi penyampai dokumen" untuk mewakili menyerahkannya kepada saya. (Bubuhkan tanda tangan untuk menyatakan persetujuan)

Tanda tangan penerima manfaat/korban: _____ Tanda tangan perwakilan hukum/wali/asisten: _____

(Bubuhkan tanda tangan apabila penerima manfaat belum berusia dewasa atau ditetapkan pengadilan untuk menerima perwalian atau ditetapkan pengadilan untuk menerima bantuan asisten)

Tanda Tangan Stempel Penerima Manfaat	Tanda tangan penerima manfaat/korban: _____ (silakan membubuhkan tanda tangan stempel)	Tanda Tangan Stempel Unit Pemohon Asuransi
	Tanda tangan perwakilan hukum/wali/asisten: _____ Kewarganegaraan: _____ Tanggal lahir: <u> </u> Tahun <u> </u> Bulan <u> </u> Tanggal <u> </u> (Bubuhkan tanda tangan apabila penerima manfaat belum berusia dewasa atau ditetapkan pengadilan untuk menerima perwalian atau ditetapkan pengadilan untuk menerima bantuan asisten, mohon mengisi juga kolom kewarganegaraan dan tanggal lahir) Kontak: _____ Telepon kontak: _____ Hubungan dengan pihak bertanggung: _____ Tahun (R.O.C.) <u> </u> Bulan <u> </u> Tanggal <u> </u>	

Unit Penyampai Dokumen:	Nama/nomor bukti pendataan staf penjual: _____ / _____ ※ Staf penjual harus bertemu langsung dengan penerima manfaat/korban, serta menyaksikan dengan pasti mereka menandatangani formulir permohonan ini. Telepon kontak: _____	Tanggal Penerimaan	
-------------------------	--	--------------------	--

Kode: CLMA002

Versi: Oktober 2022 (Total 4 halaman, halaman ke-1)

AIA International Limited Taiwan Branch
Pemberitahuan atas pengumpulan, penanganan, dan penggunaan data pribadi

AIA International Limited Taiwan Branch (selanjutnya disebut Perusahaan ini) berdasarkan ketentuan Undang-Undang Perlindungan Data Pribadi (selanjutnya disebut UU PDP) Pasal 6 Ayat 2, Pasal 8 Ayat 1 (jika merupakan data pribadi yang dikumpulkan secara tidak langsung, maka sesuai Pasal 9 Ayat 1), kami beritahukan kepada Anda hal-hal sebagai berikut, silakan Anda membaca dengan saksama:

I. Tujuan pengumpulan (merujuk pada “Tujuan Khusus dan Jenis Data Pribadi UU PDP” yang diumumkan Kementerian Kehakiman):

(1) Bisnis asuransi pribadi (001)	(8) Perihal kontrak, kuasi kontrak, atau hubungan hukum lainnya (069)
(2) Bisnis valuta asing (022)	(9) Manajemen dan layanan konsumen, pelanggan (090)
(3) Marketing (040)	(10) Mediasi kota dan kecamatan (124)
(4) Pelaksanaan penegakan pengadilan (055)	(11) Perbelanjaan online dan layanan perdagangan elektronik lainnya (148)
(5) Pengumpulan, penanganan, dan penggunaan oleh industri layanan keuangan sesuai ketentuan undang-undang dan kebutuhan pengawasan keuangan (059)	(12) Investigasi, statistik, dan analisis riset (157)
(6) Penanganan sengketa keuangan (060)	(13) Pengelolaan lain sesuai dengan lingkup bisnis yang didaftarkan atau yang ditetapkan dalam anggaran dasar organisasi (181)
(7) Pengumpulan, penanganan, dan penggunaan informasi pribadi yang dilakukan oleh organisasi non-pemerintah sesuai kewajiban hukum (063)	

II. Jenis data pribadi yang dikumpulkan (merujuk pada “Tujuan Khusus dan Jenis Data Pribadi UU PDP” yang diumumkan Kementerian Kehakiman):

(1) Data yang mengidentifikasi individu. Seperti: nama, jabatan, alamat, telepon, akun email, dan sebagainya (C001)	(11) Profesi (C038)
(2) Data yang mengidentifikasi keuangan. Seperti: nomor rekening lembaga keuangan, nomor kartu kredit, nomor polis asuransi, dan sebagainya (C002)	(12) Kecelakaan atau insiden lainnya dan kondisi terkait. Seperti: subjek peristiwa kecelakaan, sifat kerugian atau luka, pihak beperkara dan saksi, dan sebagainya (C040)
(3) Pengidentifikasi dalam data pemerintah. Seperti: nomor KTP atau nomor paspor atau nomor ARC, dan sebagainya (C003)	(13) Penghasilan, pendapatan, aset dan investasi (C081)
(4) Deskripsi pribadi. Seperti: usia, jenis kelamin, tanggal lahir, kewarganegaraan, dan sebagainya (C011)	(14) Liabilitas dan pengeluaran (C082)
(5) Deskripsi fisik. Seperti: tinggi badan, berat badan, golongan darah, dan sebagainya (C012)	(15) Pinjaman (C084)
(6) Kebiasaan. Seperti: merokok, minum minuman beralkohol, dan sebagainya (C013)	(16) Rincian asuransi (C088)
(7) Kondisi rumah tangga. Seperti: apakah sudah menikah, nama pasangan, jumlah anak, dan sebagainya (C021)	(17) Pembayaran asuransi sosial, pembayaran tunjangan perawatan, dan pembayaran pensiun lainnya (C089)
(8) Rincian anggota lain dari rumah tangga. Seperti: anak, tanggungan, orang tua, dan sebagainya (C023)	(18) Catatan kesehatan. Seperti: laporan medis, catatan pengobatan dan diagnosis, hasil pemeriksaan, jenis dan tingkat disabilitas fisik mental, dan sebagainya (C111)
(9) Harta benda. Seperti: semua aset bergerak atau aset tak bergerak atau	

dengan hak lainnya, dan sebagainya (C032)	
(10) Gaya hidup.Seperti: pola konsumsi pribadi atau rumah tangga, dan sebagainya (C036)	

III. Sumber data pribadi (berlaku untuk situasi pengumpulan secara tidak langsung di mana data pribadi tidak disediakan oleh penerima pemberitahuan):

- (I) Pemohon asuransi
- (II) Perwakilan hukum, asisten dari penerima pemberitahuan
- (III) Masing-masing institusi medis
- (IV) Pihak ketiga yang melakukan marketing bersama, menggunakan informasi pelanggan secara interaktif, bekerja sama dalam promosi bisnis, dan hubungan lainnya, atau pihak ketiga yang dipercaya untuk melakukan penanganan dalam pelaksanaan berbagai bisnis Perusahaan ini.

IV. Periode, subjek pengguna, wilayah, dan metode penggunaan data pribadi:

- (I) Periode: Periode penyimpanan yang diperlukan untuk pelaksanaan bisnis dan yang ditetapkan dalam undang-undang hukum.
- (II) Subjek pengguna: Perusahaan ini, perusahaan induk utama dari Perusahaan ini (AIA Group Limited) dan perusahaan afiliasinya atau cabang organisasi, The Life Insurance Association of the Republic of China, Non-Life Insurance Association of the Republic of China, Taiwan Insurance Institute, Taiwan Insurance Guaranty Fund, Financial Ombudsman Institution, Joint Credit Information Center, National Credit Card Center of R.O.C., The Taiwan Clearing House, Financial Information Service Co., lembaga alih daya bisnis, agen asuransi/broker asuransi dari kontrak asuransi Anda yang bekerja sama dengan Perusahaan ini dalam promosi bisnis (termasuk bank yang juga melakukan bisnis agen asuransi/broker asuransi), perusahaan yang melakukan bisnis reasuransi dengan Perusahaan ini, lembaga yang berwenang untuk melakukan investigasi sesuai undang-undang hukum atau lembaga pengawas keuangan, organisasi pencegahan kejahatan.
- (III) Wilayah: Wilayah di mana subjek pengguna tersebut di atas berada.
- (IV) Metode: Metode penggunaan yang sesuai dengan peraturan undang-undang hukum.

V. Berdasarkan ketentuan UU PDP Pasal 3, Anda berhak menerapkan hak dan dengan metode berikut atas informasi pribadi Anda yang disimpan Perusahaan ini:

- (I) Hak yang dapat diterapkan terhadap Perusahaan ini:
 1. Meminta kepada Perusahaan ini untuk memeriksa dan meninjau informasi, atau meminta untuk memberikan salinan.
 2. Meminta kepada Perusahaan ini untuk menambahkan atau meralat.
 3. Meminta kepada Perusahaan ini untuk menghentikan pengumpulan, penanganan, dan penggunaan informasi, serta meminta untuk menghapus.
- (II) Metode penerapan hak: Menghubungi hotline layanan pelanggan Perusahaan ini: 0800-012-666 atau mengirim email ke tw.customer@aia.com.

VI. Pengaruh terhadap hak dan kepentingan jika Anda tidak menyediakan data pribadi (berlaku untuk situasi pengumpulan secara langsung di mana data pribadi disediakan oleh penerima pemberitahuan):

Jika Anda tidak menyediakan data pribadi terkait, Perusahaan ini mungkin akan menunda pelaksanaan atau tidak dapat melaksanakan peninjauan dan penanganan yang diperlukan, maka layanan atau pembayaran terkait Anda mungkin akan tertunda atau tidak dapat disediakan.

Daftar Dokumen yang Harus Dilampirkan dalam Pengajuan Permohonan

Berbagai Pembayaran Asuransi

Item Permohonan	Dokumen yang harus disiapkan													
	Formulir permohonan pembayaran uang	Pernyataan persetujuan pemeriksaan dan	Bukti diagnosis	Kuitansi biaya pengobatan atau tabel	Foto sinar X patah tulang	Laporan pemeriksaan pemotongan	Bukti disabilitas	Aka kematian	Bukti menumpang transportasi umum	Bukti pemeriksaan jenazah	Dokumen bukti kecelakaan dan cedera	Transkrip Registrasi Rumah Tangga	Polis asuransi atau salinannya	Bukti sisa nominal pinjaman atau bukti
Uang asuransi medis														
Pembayaran jumlah tetap (jumlah harian) untuk	✓	✓	✓											
Jumlah harian rawat inap cedera kecelakaan/patah	✓	✓	✓		✓						✓			
Pembayaran jumlah aktual untuk cedera kecelakaan	✓	✓	✓	✓							✓			
Uang asuransi kematian														
Kematian karena penyakit	✓	✓						✓				✓	✓	✓
Kematian karena kecelakaan	✓	✓								✓	✓	✓	✓	✓
Uang asuransi disabilitas														
Disabilitas sepenuhnya karena penyakit	✓	✓					✓							✓
Disabilitas karena kecelakaan/disabilitas karena cedera	✓	✓					✓				✓			
Asuransi penyakit kritis/asuransi cedera dan penyakit	✓	✓	✓			✓								
Luka bakar serius	✓	✓	✓								✓			
Asuransi kompensasi cedera transportasi umum (kematian	✓	✓					✓		✓	✓	✓	✓	✓	
Pembebasan premi asuransi	✓	✓	✓											
Hilang/kecelakaan orang hilang	✓	✓						✓		✓	✓	✓	✓	

* Jika kasus khusus memerlukan data lainnya sebagai referensi dalam peninjauan klaim, staf penyelenggara klaim akan memberikan pemberitahuan lain, pada saat itu mohon menyediakan untuk mempercepat penyelesaian klaim.

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pengajuan permohonan:

- Masing-masing kolom tanda tangan/stempel penerima manfaat dalam formulir permohonan ini harus diisi dan ditandatangani/distempel sendiri oleh penerima manfaat. Terkait penjelasan definisi penerima manfaat adalah sebagai berikut:
 - Jika mengajukan uang asuransi medis, penyakit kritis/tertentu, luka bakar serius atau disabilitas, penerima manfaat adalah korban sendiri.
 - Jika saat mengajukan permohonan uang asuransi kematian, penerima manfaat lebih dari satu orang, semua penerima manfaat harus membubuhkan tanda tangan/stempel. Jika penerima manfaat yang belum berusia dewasa belum genap berusia 7 tahun atau penerima manfaat ditetapkan pengadilan untuk menerima perwalian atau bantuan asisten, maka perwakilan hukum/wali atau asisten harus mewakili membubuhkan tanda tangan/stempel. Jika penerima manfaat dengan keterbatasan kecakapan bertindak berusia di atas 7 tahun dan belum berusia dewasa, maka penerima manfaat sendiri dan perwakilan hukumnya harus membubuhkan tanda tangan/stempel. Saat pihak bertanggung meninggal, jika ada uang asuransi yang harus dibayar kepada pihak bertanggung dan belum dibayar atau belum selesai dibayar, dan tidak ada ketentuan khusus dalam pasal kontrak, sesuai ketentuan Undang-Undang Hukum Perdata harus membayar kepada ahli waris sah dari pihak bertanggung, maka perlu diganti dengan tanda tangan stempel ahli waris sah. Selain itu, harap melampirkan “bagan ahli waris” dan Transkrip Registrasi Rumah Tangga dari semua ahli waris sah.

- (3) Jika pihak yang harus membubuhkan tanda tangan stempel tidak mengenal huruf, memiliki luka serius pada bagian tangan, atau buta pada kedua mata, dapat digantikan dengan membubuhkan sidik jari, tetapi harus ada dua orang saksi yang juga membubuhkan tanda tangan.
2. Jika penyebab kematian dalam kasus kematian “sedang dalam pemeriksaan autopsi”, penerima manfaat harus menambahkan “laporan hasil autopsi” atau “bukti pemeriksaan jenazah” yang mencantumkan jelas penyebab kematian.
 3. Jika penerima manfaat adalah orang yang sesuai pengadilan masih harus menerima perwalian atau bantuan asisten, harus melampirkan surat putusan pengadilan atas perwalian atau bantuan asisten dan Transkrip Registrasi Rumah Tangga dari pihak penerima perwalian atau bantuan asisten, wali atau asisten membubuhkan tanda tangan stempel dan membantu mengajukan permohonan. Penerima manfaat sendiri tetap merupakan penerima pembayaran.
 4. **Berdasarkan perjanjian “Pasal Anotasi Perpanjangan Kontrak Tambahan AIA” (selanjutnya disingkat sebagai Pasal Anotasi ini), melalui kontrak tambahan yang ditunjuk Perusahaan ini (untuk detail lebih lanjut, silakan lihat lampiran Pasal Anotasi ini), jika kontrak utama berakhir karena kondisi pada ketentuan Pasal 2 Pasal Anotasi ini, dan periode asuransi semula dari kontrak tambahan ini belum berakhir, pemohon asuransi dapat melanjutkan membayar premi asuransi kontrak tambahan ini untuk memperpanjang keefektifan kontrak tambahan ini.**
 5. Demi melindungi hak dan kepentingan Anda, saat mengisi data pengiriman uang, pastikan untuk mengisi lengkap nama akun, nama lembaga keuangan, nama cabang, kode SWIFT, dan nomor rekening, serta **harap melampirkan fotokopi sampul buku tabungan.**
 6. Jika kecelakaan terjadi di luar wilayah Taiwan, Penghu, Kinmen, dan Matsu, selain melampirkan dokumen yang ditetapkan dalam peraturan polis asuransi semula, harap juga melampirkan fotokopi paspor (termasuk stempel imigrasi keluar, masuk negara) dan bukti dokumen lainnya. Selain itu, harap menyediakan rekam medis lengkap terkait pengobatan di luar negeri dan dokumen terkait yang disertifikasi unit luar negeri, dokumen bukti kecelakaan Tiongkok Cina harus memperoleh sertifikasi Yayasan Pertukaran Antar Selat (SEF).
 7. **Jika uang asuransi dan pembayaran terkait yang diklaim penerima manfaat atau pemohon asuransi ditahan oleh pengadilan (atau lembaga pelaksana), apabila diperlukan untuk mempertahankan kehidupan pribadi dan kerabat yang hidup bersama, dapat mengajukan permohonan atau pernyataan keberatan kepada pengadilan (atau lembaga pelaksana) berdasarkan ketentuan Undang-Undang Penegakan Wajib Pasal 12.**
 8. Agar selaras dengan semangat Konvensi Hak-Hak Penyandang Disabilitas (CRPD), serta sesuai dengan revisi sebagian pasal Undang-Undang Asuransi, revisi istilah terkait sebagai berikut: “disabilitas” menggantikan “cacat”; “kematian dan disabilitas” menggantikan “kematian dan cacat”; “disabilitas sepenuhnya” menggantikan “cacat sepenuhnya”; “hambatan setelah stroke” menggantikan “cacat setelah stroke”; “hambatan fungsi” menggantikan “cacat fungsi” menggantikan; “disabilitas fisik” menggantikan “cacat fisik”; “bantuan disabilitas” menggantikan “bantuan cacat”; “disabilitas karena penyakit” menggantikan “cacat karena penyakit”; “disabilitas karena cedera” menggantikan “cacat karena cedera”; “kehilangan kemampuan kerja” menggantikan “disabilitas”; “orang yang ditetapkan pengadilan untuk menerima perwalian dan belum dicabut” menggantikan “orang dengan gangguan jiwa atau cacat mental lainnya, sehingga tidak dapat mengenali perilakunya atau memiliki kekurangan dalam kemampuan bertindak sesuai pengenalannya”. Akan tetapi, penyesuaian tersebut sebelumnya tidak memengaruhi isi pembayaran aktual produk serta hak dan kewajiban terkait.

※**Jika Anda memiliki pertanyaan terkait prosedur permohonan klaim atau dokumen yang harus dilampirkan, silakan menghubungi hotline layanan gratis Perusahaan ini 0800-012666**

Pernyataan persetujuan pemeriksaan dan pemberian wewenang

Dikarenakan mengajukan permohonan pembayaran asuransi kepada **AIA International Limited Taiwan Branch**(selanjutnya disebut **AIA**) keperluan membeli asuransi bisnis, Pembuat Persetujuan _____ (hubungan dengan korban: pribadi penerima manfaat perwakilan hukum wali asisten lainnya _____) menyetujui dan memercayakan staf yang diutus AIA untuk kepada rumah sakit (klinik), kepolisian (kantor polisi), instansi pemadam kebakaran (penyelamatan), kejaksaan daerah, asosiasi asuransi jiwa, perusahaan asuransi, atau unit terkait untuk mencari, memeriksa (termasuk melakukan pos tercatat atas nama korban untuk memenuhi kebutuhan operasi institusi medis kerja sama dan), membaca, menyalin dan mencatat, membuat salinan fotokopi korban _____(lahir tahun (ROC) (selanjutnya sama) _____ bulan _____ tanggal _____, nomor KTP: _____) sejak tanggal berlaku kontrak tahun _____ bulan _____ tanggal _____ dalam waktu lima tahun hingga “tanggal penandatanganan ” persetujuan ini rekam medis terkait berobat dan tidak terbatas spesialis (nama penyakit: _____), file dokumen komputer, dan data kasus kecelakaan ini untuk digunakan sebagai referensi.

Jika kolom tersebut sebelumnya kosong, Pembuat Persetujuan menyetujui staf AIA untuk mewakili mengisi, juga menyatakan: Pembuat Persetujuan menyetujui dan memercayakan AIA untuk membuat salinan fotokopi dan menggunakan pernyataan persetujuan pemeriksaan dan pemberian wewenang ini, dokumen asli dan fotokopi pernyataan persetujuan memeriksa dan pemberian wewenang ini memiliki efektivitas yang sama.

Ditujukan dengan hormat kepada rumah sakit (klinik) terkait, kepolisian (kantor polisi), instansi pemadam kebakaran(penyelamatan), pengadilan, kejaksaan daerah, asosiasi asuransi jiwa, perusahaan asuransi, atau unit terkait

Tanda tangan stempel Pembuat Persetujuan: _____ (Tanda tangan stempel) Nomor KTP: _____
Tanda tangan stempel perwakilan hukum: _____ (Tanda tangan stempel) Nomor KTP: _____
(atau wali/asisten) (Bubuhkan tanda tangan apabila Pembuat Persetujuan belum berusia dewasa atau ditetapkan pengadilan untuk menerima perwalian atau ditetapkan pengadilan untuk menerima bantuan asisten)

Tahun (R.O.C.)

Bulan

Tanggal

Catatan:

1. Surat persetujuan ini hanya digunakan untuk rumah sakit membaca rekam medis dan untuk lembaga kepolisian, instansi pemadam kebakaran (penyelamatan), pengadilan, kejaksaan, perusahaan asuransi, asosiasi asuransi properti dan asuransi jiwa, dan sebagainya memeriksa dan melakukan verifikasi atas kecelakaan, tidak digunakan untuk tujuan lain.
2. Oleh karena sebagian rumah sakit atau unit perlu melampirkan surat persetujuan dalam format rumah sakit tersebut dan dokumen terkait, setelah kasus klaim diterima, jika diperlukan, akan ada staf khusus yang menghubungi Anda untuk menangani perihal terkait.
3. Jika Pembuat Persetujuan bukan pihak bertanggung atau merupakan perwakilan hukum, harap melampirkan bukti hubungan identitas.(seperti: Transkrip Registrasi Rumah Tangga, Kartu Keluarga)
4. Jika Pembuat Persetujuan pernah mengganti nama atau nomor KTP, harap melampirkan Transkrip Registrasi Rumah Tangga.

Kode: CLMA002

Versi: Oktober 2022 (Total 4 halaman, halaman ke-4)