AIA Syariah

FORMULIR SANTUNAN KLAIM

PT AIA SYARIAH INSURANCE merupakan Perusahaan Asuransi Jiwa Syariah terkemuka yang terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

PETUNJUK - PETUNJUK

1. Formulir Santunan Klaim ini hanya berlaku untuk satu orang pasien saja dan harus dilengkapi dan ditandatangani oleh Pihak Yang Diasuransikan/Peserta dan/atau Peserta atau apabila pasien adalah anak di bawah umur maka harus dilengkapi dan ditandatangani oleh Pihak Yang Diasuransikan/Peserta dan/atau Peserta selaku orang tua dan Dokter yang merawat. Jika tidak lengkap, dokumen akan dikembalikan dan proses Santunan Klaim belum dapat dilanjutkan.
2. Semua harus dilampirkan pada Formulir Santunan Klaim ini termasuk :
   a. Kuitansi asli berikut perinciannya.
   b. Perincian obat-obatan, salinan/fotokopi resep dokter dan perincian harga obat.
   c. Surat rujukan dokter dan salinan/fotokopi hasil pemeriksaan laboratorium, Radiologi, CT Scan dan hasil pemeriksaan penunjang lainnya.
   d. Untuk Fisioterapi dilampirkan rujukan dokter beserta jadwal dan jumlah terapi.
   e. Untuk Kacamata dan Lensa dilampirkan hasil pemeriksaan ukuran kacamata/lensa.

BAG. 1 DIISI OLEH YANG MENGAJUKAN SANTUNAN KLAIM

No. Polis Syariah :

No. Peserta Syariah :

Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita

Nama Pihak Yang Diasuransikan/Pasien :

Tanggal lahir (Tgl/Bln/Thn) :

Nama Peserta :

No. Identitas (KTP/Paspor/SIM) :

Jenis Santunan Klaim (Pilih salah satu) ☐ Rawat Inap ☐ Rawat Jalan ☐ Melahirkan ☐ Gigi ☐ Optik

Apabila disebabkan karena kecelakaan, mohon sebutkan tanggal terjadinya kecelakaan tersebut? (DD/MM/YY)dan jelaskan kronologis terjadinya kecelakaan (termasuk waktu dan lokasi kejadian).

Apakah Pihak Yang Diasuransikan/Peserta diasuransikan di perusahaan atau Perusahaan Asuransi Syariah lain ? (Wajib diisi bila ada) ☐ Ya ☐ Tidak

Nama perusahaan atau Perusahaan Asuransi Syariah lain :

Pernyataan dan Kuasa

I. Saya/Kami dengan ini memberikan kuasa dan wewenang kepada PT AIA SYARIAH INSURANCE untuk meminta kepada dan/atau mendapatkan setiap dan segala catatan riwayat kesehatan, Penyakit, perawatan atau informasi lain mengenai diri Pihak Yang Diasuransikan/Peserta ("Informasi") dari Dokter/Paramedis/Petugas Administrasi Rumah Sakit/Rumah Sakit/Klinik/ Puskesmas dan/atau Laboratorium, Perusahaan Asuransi Syariah atau perusahaan Reasuransi Syariah, badan, instansi/lembaga atau pihak lain ("Pemberi Informasi") yang mempunyai Informasi untuk keperluan pengajuan asuransi jiwa, perubahan Polis Syariah milik saya di PT AIA SYARIAH INSURANCE ("Polis Syariah"), pemrosesan Santunan Klaim, investigasi, administrasi Polis Syariah, analisa data dan/atau penyediaan layanan nasabah ("Tujuan"). Saya/Kami memberikan kuasa dan wewenang kepada setiap Pemberi Informasi yang mempunyai Informasi untuk memberikan Informasi kepada PT AIA SYARIAH INSURANCE dalam rangka Tujuan. Pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan termasuk karena sebab-sebab yang disebutkan dalam Pasal 1813, Pasal 1814 dan Pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia. Salinan/fotokopi dari kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan mengikat sesuai dengan aslinya.
II. Saya dengan ini memberikan persetujuan kepada PT AIA SYARIAH INSURANCE (termasuk karyawan, direksi, maupun kuasa lainnya dari PT AIA SYARIAH INSURANCE) untuk melakukan verifikasi dan pengecekan terkait Santunan Klaim Saya di PT AIA SYARIAH INSURANCE kepada perusahaan, Perusahaan Asuransi Syariah maupun pihak lain manapun.
III. Selama masa berlaku Polis Syariah, Saya setuju untuk memberikan informasi apapun terkait kepemilikan Polis Syariah Saya di perusahaan atau Perusahaan Asuransi Syariah lain.
IV. Pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan dan tetap berlaku pada waktu Saya masih hidup maupun sesudah Saya meninggal dunia. Salinan/fotokopi dari kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan mengikat sesuai dengan aslinya.
V. Saya dengan ini membebaskan dan melepaskan setiap pihak yang terkait dari setiap gugatan, tuntutan, komplain, dan tindakan hukum lainnya yang sejenis baik secara perdata maupun pidana sehubungan dengan pemberian dan/atau pelaksanaan kuasa ini.
VI. Saya wajib membayarkan dan/atau mengganti segala biaya tindakan medis termasuk kelebihan biaya dan pengecualian yang tidak dipertanggungkan dalam Polis Syariah.
VII. Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir Santunan Klaim ini adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya dan tidak ada keterangan maupun hal-hal lainnya yang Saya sembunyikan maupun dipalsukan.
VIII. Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya Formulir Santunan Klaim ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya sepenuhnya.
IX. Pilihan Pengajuan Santunan Klaim Manfaat Rawat Inap dan/atau Manfaat Rawat Jalan yang Saya tentukan dalam Formulir Santunan Klaim ini merupakan pilihan Saya secara sadar sepenuhnya dan Saya telah membaca dan memahami pernyataan dalam Formulir Santunan Klaim ini sehingga Saya menandatangani Formulir Santunan Klaim ini secara bertanggungjawab. Apabila Saya memberikan keterangan yang tidak benar atau palsu dalam Formulir Santunan Klaim ini atau memanipulasi dokumen atau mengajukan double claim kepada perusahaan atau Perusahaan Asuransi Syariah lain atau pun hal-hal lainnya yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, maka Saya bersedia menerima konsekuensi dari PT AIA SYARIAH INSURANCE termasuk pengakhiran kepada Saya dan/atau PT AIA SYARIAH INSURANCE berhak meneruskan kasus ini kepada pihak yang berwajib/berwenang.
X. Apabila Peserta memilih mengajukan Santunan Klaim Manfaat Rawat Inap dan/atau Manfaat Rawat Jalan di perusahaan atau Perusahaan Asuransi Syariah lain, maka Pembayaran Santunan dari Dana Tabarru' dari PT AIA SYARIAH INSURANCE tidak dapat melebihi dari jumlah biaya yang dikeluarkan oleh Peserta atas Santunan Klaim tersebut.
XI. Pengajuan Santunan Klaim dapat dilakukan dengan menggunakan penyampaian dokumen secara elektronik yang ditentukan oleh PT AIA SYARIAH INSURANCE. Saya wajib menyimpan dokumen pendukung Santunan Klaim asli yang disampaikan kepada PT AIA SYARIAH INSURANCE secara elektronik. Dokumen Santunan Klaim ada pada Saya dan akan Saya simpan hingga 6 (enam) bulan ke depan sejak tanggal pengajuan Santunan Klaim Saya. Apabila dibutuhkan dan diminta oleh PT AIA SYARIAH INSURANCE sewaktu-waktu, maka Saya bersedia untuk menyerahkan seluruh dokumen pendukung Santunan Klaim asli yang disampaikan kepada kepada PT AIA SYARIAH INSURANCE secara elektronik.

Tanggal/Bulan/Tahun	Tandatangan Pihak Yang Diasuransikan/Peserta