FORMULIR ISIAN KLAIM MENINGGAL

(Diisi oleh Pemegang Polis yang bukan merupakan Tertanggung)

PENTING: Persyaratan Klaim yang WAJIB dilengkapi

- ☐ Formulir isian klaim meninggal yang diisi lengkap dan ditandatangani oleh Yang Ditunjuk/Ahli Waris asli
- ☐ Surat Pemberian Kuasa dan Ijin Pelepasan Data Medis asli
- ☐ Formulir isian Klaim Meninggal asli dari Dokter yang merawat Tertanggung/Peserta dan memuat secara jelas dan lengkap penyebab kematian sesuai hasil pemeriksaan medis
- ☐ Akta Kematian dari Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil dengan barcode yang jelas
- ☐ Surat Keterangan Kematian yang dilegalisir oleh Kedutaan atau Konsulat Jenderal RI setempat, apabila Tertanggung meninggal di luar negeri
- ☐ Fotokopi identitas diri (KTP) Tertanggung/Peserta
- ☐ Fotokopi identitas diri (KTP) Yang Ditunjuk atau pihak lain sesuai ketentuan Polis
- ☐ Fotokopi kartu keluarga Tertanggung/Peserta dan Yang Ditunjuk
- ☐ Surat keterangan asli dari kepolisian (untuk penyebab kematian tidak wajar atau karena kecelakaan)
- ☐ Surat kuasa asli dan bermaterai (bila Yang Ditunjuk terdiri dari lebih dari satu orang)
- ☐ Surat keterangan Visum et Repertum/autopsi asli /fotokopi legalisir (untuk penyebab kematian tidak wajar dan/atau karena kecelakaan)
- ☐ Dokumen lain _____

Catatan:
PT AIA FINANCIAL ("**Penanggung**") berhak meminta dokumen selain tersebut di atas apabila diperlukan untuk proses verifikasi klaim, termasuk namun tidak terbatas apabila penyebab kematian tidak wajar dan/atau belum dapat dipastikan secara medis dan/atau hukum.

YANG BERTANDATANGAN DI BAWAH INI

Nama Lengkap :

Tempat, Tanggal Lahir : _____ tanggal / bulan / tahun

Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

Alamat :
(Wajib diisi. Bila alamat yang diberikan berbeda dengan data Penanggung, maka Penanggung akan melakukan perubahan alamat sesuai yang tertera pada form ini)

Jalan : _____ Blok/Gang : _____ RT/RW : _____

Kelurahan/Desa : _____ Kota/Kab : _____

Kode Pos : _____ Telepon Rumah : (kode area) _____ Handphone : _____

Telepon Kantor : (kode area) _____ E-mail : _____

Hubungan dengan Tertanggung : ☐ Anak ☐ Istri ☐ Suami

☐ Lain-lain : _____

MENERANGKAN DENGAN SEBENARNYA, BAHWA

No. Polis :

Nama Tertanggung/Peserta :

Tempat, Tanggal Lahir : / / (tanggal / bulan / tahun)

Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

Meninggal Karena : ☐ Sakit ☐ Kecelakaan ☐ Lain-lain :

Tanggal Meninggal : / / (tanggal / bulan / tahun) (jam : menit)

Tempat Meninggal :

Nama Dokter :
yang pernah dikunjungi berkaitan dengan klaim ini

Gambaran secara singkat dan jelas mengenai kejadian meninggal, :
seperti gejala, penyakit, penyebab dan kronologis sampai meninggalnya. Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi, tambahkan keterangan di lembar tersendiri

Nama Rumah Sakit/ :
Klinik/Puskesmas/ Tenaga Kesehatan /Laboratorium yang pernah dikunjungi Tertanggung/Peserta untuk menjalani pemeriksaan/perawatan/ pengobatan

KETERANGAN LAIN-LAIN

(Wajib Diisi – Apabila bagian ini tidak diisi, maka pengajuan klaim tidak dapat kami proses)

Apakah Tertanggung/ Peserta Perokok? : ☐ Ya ☐ Tidak; sejak : / / (tanggal / bulan / tahun)

Apakah pengajuan asuransi jiwa, kecelakaan, kesehatan, pemulihan Polis Anda pernah ditolak /ditangguhkan/dikenakan tambahan Premi atau diubah dalam bentuk apapun oleh perusahaan asuransi lain? : ☐ Ya ☐ Tidak

Apakah pengajuan asuransi jiwa, kecelakaan, kesehatan, pemulihan Polis Anda pernah ditolak /ditangguhkan/dikenakan tambahan Premi atau diubah dalam bentuk apapun oleh perusahaan asuransi lain? : ☐ Ya ☐ Tidak

Nama Perusahan Asuransi	Nomor Polis

Apakah Anda pernah mengajukan klaim ke perusahaan asuransi tersebut di atas? : ☐ Ya ☐ Tidak

Bila Ya, apa jenis asuransi, nama perusahaan asuransi dan jelaskan alasannya? : ☐ Ya ☐ Tidak

Apakah anda terdaftar sebagai wajib pajak di negara lain? : ☐ Ya ☐ Tidak
*Jika ya, Wajib isi Formulir CRS yang ada di website: http://www.aia-financial.co.id

PERMINTAAN PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI

Apabila klaim disetujui, pembayaran ditransfer ke:

Mata Uang : ☐ IDR ☐ USD

Nama Pemilik Rekening : _____

Bank/Cabang : _____ ☐ Nomor Rekening : _____

- Pembayaran manfaat asuransi hanya dapat dilakukan kepada Yang Ditunjuk atau pihak yang secara sah dikuasakan.
- Apabila pembayaran ditujukan kepada pihak selain Yang Ditunjuk atau kuasa sah, maka Yang Ditunjuk wajib menandatangani surat pernyataan di atas materai yang memuat alasan dan tujuan pengalihan pembayaran tersebut.
- Penanggung dapat menolak pembayaran manfaat asuransi yang ditujukan pada pihak yang tidak memiliki hubungan kepentingan (insurable interest) dengan Tertanggung.

Dengan mengajukan formulir ini, saya menyatakan bahwa saya telah membaca, memahami, dan menyetujui seluruh ketentuan Polis yang berlaku, serta menyatakan hal-hal berikut:

1. Saya* dengan ini mengakui dan menyatakan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung telah memberikan kuasa dan wewenang kepada setiap Tenaga Medis/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas dan/atau Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi/Lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Pemegang Polis dan/atau Tertanggung, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua catatan riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Pemegang Polis dan/atau Tertanggung yang tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan sehubungan dengan riwayat kesehatan, Penyakit atau perawatan atau informasi lain mengenai diri Pemegang Polis dan/atau Tertanggung untuk diberikan kepada Penanggung.

2. Saya menyatakan bahwa segala dokumen kelengkapan untuk persyaratan klaim menjadi hak Penanggung sejak diserahkan kepada Penanggung untuk pengajuan klaim ini.

3. Saya memahami bahwa saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (utmost good faith) dalam (i) pengajuan permohonan asuransi, permohonan pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis, dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya); dan (ii) pengajuan klaim Manfaat Asuransi ("Permohonan Konsumen"). Oleh karena itu, Saya memahami bahwa Saya wajib, dan telah mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan Penanggung dalam menerima atau menolak suatu Permohonan Konsumen dan/atau menetapkan jumlah Premi.

4. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan ("Informasi Konsumen") dalam Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ), formulir pemulihan Polis, formulir perubahan Polis, formulir klaim Manfaat Asuransi serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Penanggung ("Dokumen Permohonan") sebagai bagian dari pengajuan Permohonan Konsumen adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja.

5. Apabila Informasi Konsumen tersebut dalam butir (4) ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Klaim ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika Penanggung melakukan hal-hal berikut ini:
   a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
   b. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi dasar/Polis asuransi dasar/asuransi tambahan/Polis asuransi tambahan), dengan pengembalian Premi (atau biaya asuransi dari Polis asuransi dasar/asuransi tambahan, sebagaimana relevan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan (jika ada), Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan (jika ada) dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
   c. Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi dasar/asuransi tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya juga menyetujui bahwa Penanggung hanya akan membayarkan Nilai Tunai (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi), jika ada.
   d. Melakukan penilaian ulang risiko (re-underwriting), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Polis asuransi dasar dan/atau setiap asuransi/pertanggungan/Polis asuransi tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau biaya asuransi yang harus dibayar; dan/atau
   e. Menagih kekurangan Premi dan/atau biaya asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (re-underwriting), jumlah Premi dan/atau biaya asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Penanggung juga berhak untuk melakukan perjumpaan (set-off) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai yang ada dalam Polis Saya dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan (jika ada). Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau biaya asuransi.

6. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:
   a. Penandatanganan Formulir Klaim ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Penanggung jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 4 dan 5; dan
   b. Saya setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.

*Saya = Pemegang Polis

Ditandatangani di

_____

			/			/			
tanggal				bulan			tahun		

Tandatangan Pemegang Polis/
Yang Dikuasakan

*I = Designated Party or other party who does not sign the SPAJ

KUESIONER MANFAAT MENINGGAL

(Untuk diisi oleh Penerima Manfaat Asuransi atau Ahli Waris)

Nama Pemegang Polis : _____

Nama Tertanggung : _____ No Polis : _____

Alamat : _____

_____

Mohon Informasi Seluruh Riwayat Kesehatan dari data :

Nama Almarhum : _____ Tanggal Lahir : _____

TANGGAL BERKONSULTASI / DIRAWAT (tanggal/bulan/tahun)	NAMA RS / DOKTER	ALAMAT & NO TELEPHONE RUMAH SAKIT / KLINIK / DOKTER YANG MERAWAT ALMARHUM	DIAGNOSA PENYAKIT

1. Mohon informasi apakah Almarhum yang disebut diatas, pernah menderita sakit dengan rentang waktu sebagai berikut :

a. ± 1 sampai dengan 6 bulan sebelum meninggal, dengan diagnosa : _____

b. < dari 1 tahun sebelum meninggal, dengan diagnosa : _____

c. ± 1 sampai dengan 5 tahun sebelum meninggal, dengan diagnosa : _____

d. ± 5 sampai dengan 10 tahun sebelum meninggal, dengan diagnosa : _____

e. > dari 10 tahun sebelum meninggal, dengan diagnosa : _____

2. Apakah ada hal – hal lain yang perlu kami ketahui terkait dengan riwayat kesehatan Almarhum ?

_____

Saya yang bertandatangan dibawah ini telah mengisi data riwayat kesehatan Almarhum dengan benar dan data tersebut dapat dipergunakan untuk keperluan proses Klaim.

_____ ☐☐ / ☐☐ / ☐☐

tanggal bulan tahun

_____

(Nama lengkap dan tanda tangan
Penerima Manfaat atau Ahli Waris)

SURAT PERNYATAAN DAN KUASA

Kami yang bertandatangan dibawah ini :

1. Nama : _____ No. KTP : _____

   Tempat dan Tanggal Lahir : _____ No. Telpon / Handphone (wajib diisi) : _____

2. Nama : _____ No. KTP : _____

   Tempat dan Tanggal Lahir : _____ No. Telpon / Handphone (wajib diisi) : _____

3. Nama : _____ No. KTP : _____

   Tempat dan Tanggal Lahir : _____ No. Telpon / Handphone (wajib diisi) : _____

4. Nama : _____ No. KTP : _____

   Tempat dan Tanggal Lahir : _____ No. Telpon / Handphone (wajib diisi) : _____

Selaku ahli waris dari Pemegang Polis yaitu sebagai berikut :

Nama : _____ No. Polis : _____

Memberikan Kuasa kepada :

Nama : _____

Tempat dan Tanggal Lahir : _____ No. KTP : _____

Untuk menerima pembayaran Manfaat Asuransi dari Polis sebagaimana tersebut diatas. Mohon Manfaat Asuransi tersebut dapat dibayarkan melalui :

1. No. Rekening : _____ Nama Bank : _____

   Atas Nama : _____ Cabang : _____

Dengan dibayarkannya Manfaat Asuransi oleh PT. AIA FINANCIAL ("AIA") kepada Ahli Waris dari Pemegang Polis atas nama

_____ sebagaimana dimaksud diatas. Maka Pemberi Kuasa dan Penerima Kuasa membebaskan AIA (termasuk Afiliasi serta Pemegang Saham, Direksi, Komisaris, Agen dan Karyawan) dari setiap dan segala tuntutan, ancaman, laporan, dan gugatan dari Pemberi Kuasa, Penerima Kuasa, Ahli Waris dan atau Beneficiary lainnya, maupun dari pihak manapun, dalam bentuk apapun yang mungkin timbul baik pada saat ini maupun dikemudian hari sehubungan dengan pembayaran Manfaat Asuransi tersebut.

Demikian Surat Pernyataan Kuasa ini kami buat untuk dipergunakan sebagai syarat proses Klaim Asuransi.

Pemberi Kuasa

1. _____ 2. _____

Materai Rp10.000

3. _____ 4. _____

Penerima Kuasa

_____ ☐☐ / ☐☐ / ☐☐

tanggal bulan tahun

_____

(Nama lengkap dan tanda tangan penerima kuasa)

SURAT PEMBERIAN KUASA DAN IJIN PELEPASAN DATA MEDIS
Power Attorney For Release of Medical Record

Saya yang bertandatangan di bawah ini:
I, the undersigned

Nama Lengkap (*Full Name*) :

No KTP (*ID Number*) :

Alamat (*Address*) :

Hubungan dengan Pasien (*Relationship with Patient*) : ☐ Diri Sendiri (*Myself*) ☐ Suami/Istri (*Husband/Wife*) ☐ Anak (*Child*) ☐ Orang Tua (*Parent*) ☐ Saudara Kandung* (*Siblings*)

Nama Pasien (*Patient Name*) :

Tempat dan Tanggal Lahir (*Place and Date of Birth*) :

Alamat (*Address*) :

dengan ini **memberi ijin dan kuasa secara penuh** :
hereby grant permission and full power of attorney

(i) kepada PT AIA FINANCIAL ("**AIA**") atau pihak lain yang ditunjuk dan yang bekerjasama dengan AIA dalam administrasi klaim dan/atau pelayanan nasabah asuransi, untuk meminta catatan riwayat kesehatan Pasien, perawatan atau informasi lain mengenai diri Pasien dari setiap Tenaga Medis, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, badan, instansi atau pihak lain yang mempunyai catatan atau informasi riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Pasien; dan
to PT AIA FINANCIAL ("AIA") or other parties appointed and who collaborate with AIA in claims administration and/or insurance customer services, to request records of the Patient's health history, treatment or other information about the Patient from any Medical Personnel, Hospital, Clinic, Community Health Center, Laboratory, insurance company, reinsurance company, agency, agency or other party who has records or information about the Patient's health history or other information; And

(ii) kepada setiap setiap Tenaga Medis, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, badan, instansi atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Pasien, untuk memberikan atau melepas semua catatan riwayat kesehatan Pasien, perawatan atau informasi lain mengenai diri Pasien, termasuk memberi salinan/fotokopi dokumen tersebut kepada AIA atau pihak lain yang ditunjuk dan yang bekerjasama dengan AIA,
to every attending physician, Hospital, Clinic, Health Center, Laboratory, insurance company, reinsurance company, institution, agency or other party who has health history records or other information about the Patient, to provide or release all records of the Patient's health history, treatment or other information about the Patient, including providing a copy/photocopy of these documents to AIA or another party appointed and collaborating with AIA.

untuk keperluan pengurusan klaim asuransi Pasien dan/atau pelayanan nasabah asuransi sesuai Polis.
for the purposes of processing patient insurance claims and/or servicing insurance according to the policy

Lebih lanjut, saya menyatakan:
Further, I stated

(i) sehubungan dengan ketentuan Perlindungan Data Pribadi, dengan ini saya memahami dan memberikan persetujuan kepada AIA atau pihak lain yang ditunjuk dan yang bekerjasama dengan AIA, untuk melakukan pemrosesan data pribadi (mengumpulkan, menyimpan, mengolah, menganalisis, dan memberikan atau transfer kepada pihak ketiga) data dan/atau informasi pribadi (baik data pribadi yang bersifat umum seperti data kelahiran, data kontak, maupun yang bersifat spesifik seperti data kesehatan dan finansial) yang terdapat dalam catatan riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Pasien tersebut di atas untuk tujuan pemrosesan berikut ini**:
*Associated with Personal Data Protection, I hereby understand and give consent to AIA or other parties appointed and collaborating with AIA, to process personal data (collect, store, process, analyze, and provide or transfer to third parties) personal data and/or information (both personal data of impersonal such as birth data, contact data, and specific nature such as health and financial data) contained in the patient's medical history or information regarding the patient mentioned above for the following purposes***

a.	Permintaan akses catatan kesehatan di fasilitas kesehatan (Tenaga Medis, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium) sebagaimana dimaksud dalam pemberian kuasa dan ijin di atas; *Request for access to health records at health facilities (attending physician, Hospitals, Clinics, Health Centers, Laboratories) as intended in the grant of power of attorney and permission above*	[ ] Ya	[ ] Tidak
b.	Koordinasi dalam penanganan klaim yang timbul atas ko-asuransi (jika relevan); *Coordination in handling claims arising from co-insurance (if relevant)*		
c.	Penanganan dan pemeriksaan klaim, termasuk investigasi klaim oleh AIA atau oleh pihak ketiga yang ditunjuk AIA (investigator klaim); *Claims handling and examination, including claims investigation by AIA or by a third party appointed by AIA (claims investigator);*		
d.	Administrasi klaim asuransi kesehatan oleh *Third Party Administrator* (TPA) yang ditunjuk AIA, fasilitas kesehatan rekanan ataupun bukan rekanan; *Administration of health insurance claims by a Third Party Administrator (TPA) appointed by AIA, partner or non-partner health facilities;*		
e.	Pembayaran manfaat asuransi/klaim; *Payment of insurance benefits/claims;*		

[AIA - INTERNAL]

f. Penyelesaian keluhan, permasalahan, pertanyaan dan saran terkait Polis dan layanan;
Resolving complaints, problems, questions and suggestions regarding policy and services;

g. Penyelesaian pengaduan atau sengketa/perselisihan baik internal maupun eksternal;
Accomplishment of complaints or disputes, both internal and external;

h. Penyimpanan/retensi dokumen;
Document storage/retention;

i. Permintaan pihak reasuransi, asosiasi industri, pengadilan dalam yurisdiksi manapun, badan pemerintah, instansi regulator dan badan hukum manapun lainnya sebagai kesatuan proses klaim asuransi.
Requests from reinsurers, associations, courts in any jurisdiction, government, regulatory agencies and any other legal entity as part of the insurance claims process.

** Jika Anda bertindak untuk dan atas nama orang lain dan memberikan kepada AIA data pribadi dari perseorangan lain (seperti data pribadi dari pasangan yang sah, anggota keluarga, atau pihak lain (termasuk pihak yang Anda wakilkan)) berdasarkan surat pemberian kuasa dan ijin ini, maka Anda menyatakan dan menjamin bahwa Anda telah memperoleh persetujuan eksplisit secara sah untuk pemrosesan data pribadi terkait tujuan tertentu dari perseorangan lain tersebut selaku subjek data pribadi kepada AIA. Jika perseorangan lain dimaksud adalah anak yang berusia di bawah 18 (delapan belas) tahun dan belum menikah maka Anda wajib memastikan telah mendapatkan persetujuan dari orang tua dan/atau wali anak tersebut, sama halnya apabila perseorangan lain tersebut tidak cakap melakukan perbuatan hukum maka Anda wajib memastikan telah mendapatkan persetujuan dari wali yang sah secara hukum dari individu tersebut. Anda memahami bahwa AIA mengandalkan pernyataan dan jaminan dari Anda untuk melaksanakan pemrosesan data pribadi dari perseorangan lain tersebut. AIA tidak bertanggung jawab apabila data pribadi yang Anda berikan, khususnya terkait data pribadi dari perseorangan lain tersebut didapatkan secara melawan hukum. AIA dapat meminta bukti dari persetujuan tersebut kepada Anda setiap saat sebagaimana diperlukan.*

**If you act for and on behalf of another person and provide AIA with personal data from another individual (such as personal data from a legal spouse, family member, or other party (including the party you represent)) based on this letter of authorization and permission, then you represent and warrant that you have legally obtained explicit consent for the processing of personal data related to the specific purposes of the other individual as the subject of personal data to AIA. If the other individual in question is a child who is under 18 (eighteen) years of age and is not married then you are obliged to ensure that you have obtained the consent of the child's parents and/or guardian, similarly if the other individual is not capable of carrying out legal acts then you are obliged to ensure that you have obtained the consent of that individual's legal guardian. You understand that AIA relies on your representations and warranties to carry out the processing of personal data from other individuals. AIA is not responsible if the personal data you provide, especially regarding personal data from other individuals, is obtained unlawfully. AIA may request proof of such consent from you at any time as necessary.*

***Apabila Anda memilih "Tidak" berarti Anda tidak memberikan persetujuan kepada AIA untuk memberikan dan menggunakan data pribadi Pasien untuk mendukung proses klaim dan/atau pelayanan nasabah asuransi, sehingga berakibat AIA tidak dapat memproses klaim dan/atau tidak dapat melaksanakan syarat dan ketentuan Polis.*
***If you choose "No" it means that you do not give consent to AIA to provide and use Patient personal data to support the claims process and/or insurance customer service, resulting in AIA being unable to process claims and/or unable to implement the terms and conditions of the Policy.*

(ii) Saya bertanggung jawab atas pelepasan dan pengungkapan data riwayat medis atau hasil pemeriksaan kesehatan yang dimaksud dalam surat pemberian kuasa dan ijin ini.
I am hereby responsible for the release and disclosure of medical history data or the results of health examinations as referred to in this letter of authorization and permission.

(iii) Untuk tujuan pelaksanaan dari surat pemberian kuasa dan ijin ini, Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia dengan ini dikesampingkan, tetapi hanya sepanjang atau memerlukan persetujuan pengadilan untuk mengakhiri surat pemberian kuasa dan ijin ini.
For the purposes of implementing this letter of power of attorney and permission, Article 1266 of the Indonesian Civil Code is hereby set aside, but only to the extent or requires court approval to terminate this letter of power of attorney and permission.

(iv) Pemberian kuasa dan ijin ini ditandatangani tanpa adanya paksaan dari pihak manapun. Pemberian kuasa dan ijin ini tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan dan tetap berlaku pada waktu Saya/Pasien masih hidup maupun sesudah Saya/Pasien meninggal dunia. Salinan dari kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan mengikat sesuai dengan aslinya.
This attorney and permission is signed without any compulsion from any party. This power of attorney and permission cannot be withdrawn or canceled and remains valid while I/the patient is still alive or after I/the patient dies. A copy of this power of attorney has the same legal force and binding as the original.

(v) Saya/Pasien 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 dan ijin ini
I/the Patient hereby release and release each related party from any lawsuits, demands, complaints and other similar legal actions both civil and criminal in connection with the granting and/or implementation of this power of attorney and permission. .

Ditandatangani di/*Signed in*: Tanggal/*Date*:

Pemberi Kuasa/*The Grantor*

Materai 10000

( )
Nama dan Tandatangan*/Name and Signature*

[AIA - INTERNAL]