

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM TANGGUNG GUGAT PROFESI DOKTER
DOCTORS LIABILITY CLAIM FORM

I. Data pasien

Data of patient

1. **Nama, jenis kelamin dan umur pasien** : _____
Name, sex and age of patient
2. **Alamat pasien** : _____
Address of patient
3. **Alasan mencari pelayanan medis** : _____
Reason of seeking for medical service
4. **Pelayanan medis diberikan oleh** : _____
Medical service was given by
5. **Waktu dan tempat pelayanan medis diberikan** : _____
Time and place of giving medical service

II. Diagnosa hasil pemeriksaan medis

Diagnose as result of medical check up

III. Tindakan medis yang diberikan kepada pasien, mohon ditulis secara kronologi

Medical tasks given to patient please state chronologically

IV. Tindakan lalai yang dilakukan hingga menyebabkan cedera pada pasien

Negligence that was done to cause bodily injury to patient

Kantor Pusat:

World Trade Centre 3

Jalan Jenderal Sudirman Kav. 29-31

Jakarta Selatan 12920, Indonesia

Corporate Number : +62 21 2926 8888

Fax. : +62 21 2926 9090



Page 2 of 2
**PERNYATAAN
DECLARATION**

Setiap komunikasi dan korespondensi antara Saya dengan Allianz sehubungan dengan Polis, layanan dari Allianz, dan informasi lainnya (termasuk tidak terbatas mengenai syarat-syarat tambahan, endorsemen, addendum, perubahan, pemberitahuan, laporan, pengkinian data, kampanye yang dilakukan oleh Allianz dan/atau afiliasinya, dokumen-dokumen dan transaksi-transaksi lainnya baik dari Saya maupun Allianz) akan dilakukan melalui media komunikasi digital/elektronik (termasuk tidak terbatas melalui email, telepon, dan media komunikasi digital/elektronik lainnya yang akan digunakan oleh Allianz), dari waktu ke waktu sesuai dengan prosedur yang berlaku. Privasi Data Dengan menandatangani formulir klaim ini, saya menyetujui data pribadi saya akan digunakan oleh PT Asuransi Allianz Utama Indonesia ("Allianz") maupun afiliasinya dan/atau pihak ketiga yang ditunjuk untuk memfasilitasi proses klaim saya. Silahkan kunjungi website https://www.allianz.co.id/kebijakan-privasi.html untuk melihat Pernyataan Privasi Allianz.	Any communication and correspondence between Allianz and I in connection with the Policy, services of Allianz and other information (including but not limited to additional terms and conditions, endorsements, addendums, amendments, notification, reports, data updates, campaign made by Allianz and/or its affiliates and other transactions carried out by Allianz or myself) shall be made through electronic/digital communication media (including but not limited to email, telephone and other electronic/digital communication media to be used by Allianz) from time to time in accordance with the prevailing procedures. Data Privacy By signing this claim form, I consented that my personal data will be used by PT Asuransi Allianz Utama Indonesia ("Allianz"), its affiliates, and/or appointed third parties to facilitate my claim process. Please visit Allianz website at https://www.allianz.co.id/kebijakan-privasi.html to view Allianz Privacy Statement.
Bahasa Yang Berlaku Formulir Klaim Tanggung Gugat Profesi Dokter ini ditulis dalam versi Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris. Dalam hal terjadi ketidaksesuaian atau inkonsistensi antara teks dalam Bahasa Inggris dan Bahasa Indonesia, maka teks dalam Bahasa Indonesia yang berlaku.	Prevailing Language This Claim Form Doctor Liability Insurance is written in English and Indonesian. In the event of a discrepancy or inconsistency between the text in English and Indonesian, the text in Indonesian shall be applied.
Persetujuan Pemasaran Apakah Anda bersedia (i) untuk menerima informasi, penawaran produk dan/atau layanan serta dihubungi oleh Allianz, anak perusahaannya dan/atau afiliasinya ("Grup Allianz") (serta pihak ketiga yang ditunjuk oleh Grup Allianz); dan (ii) data pribadi Anda diproses oleh Grup Allianz dan pihak ketiga yang ditunjuk oleh Grup Allianz untuk tujuan pemasaran, peningkatan kualitas data pribadi serta peningkatan layanan? ☐ YA ☐ TIDAK Dalam hal Anda menjawab "YA", Anda mengerti dan menyetujui bahwa persetujuan di atas meliputi: (i) persetujuan untuk dihubungi dan/atau dikirimkan informasi mengenai penawaran produk dan/atau layanan, survei nasabah dan kampanye produk, melalui setiap media komunikasi yang tersedia (seperti surat, surat elektronik (email), short message service (sms), telepon, aplikasi pesan singkat dan media komunikasi digital/elektronik lainnya) oleh Grup Allianz (serta pihak ketiga yang ditunjuk oleh Grup Allianz); dan (ii) persetujuan pemberian kuasa kepada Grup Allianz (serta pihak ketiga yang ditunjuk oleh Grup Allianz) untuk mengungkapkan informasi data pribadi Anda kepada setiap pihak lainnya terkait kepentingan yang dimaksud pada poin (i). Perhatian: Dalam hal Anda tidak lagi bersedia dihubungi dan menerima informasi penawaran produk dan/atau layanan dari Grup Allianz (serta pihak ketiga yang ditunjuk oleh Grup Allianz), Anda dapat menghubungi Allianz Care di 1500-136 atau mengirimkan email ke alamat cs@allianz.co.id.	Marketing Consent Are you agreeable (i) to receive information, product and/or service offers and be contacted by Allianz, its subsidiaries and/or affiliates ("Allianz Group") (and third parties appointed by the Allianz Group); and (ii) to have your personal data processed by the Allianz Group and third parties appointed by the Allianz Group for marketing purposes, personal data quality improvement and service improvement? ☐ YES ☐ NO If you answer "YES", you understand and agree that the above consent includes: (i) consent to be contacted and/or sent information regarding product and/or service offerings, customer surveys and product campaigns, through any available communication media (such as letters, electronic mail (email), short message service (sms), telephone, short message applications and other digital/electronic communication media) by the Allianz Group (as well as third parties appointed by the Allianz Group); and (ii) approval to authorize the Allianz Group (as well as third parties appointed by the Allianz Group) to disclose your personal data information to any other party for the purposes referred to in point (i). Attention: In the event that you are no longer willing to be contacted and receive information on product and/or service offerings from the Allianz Group (and third parties appointed by the Allianz Group), you can contact Allianz Care at 1500-136 or send an email to cs@allianz.co.id.

**PERHATIAN!
ATTENTION!**

1. Bacalah sekali lagi jawaban yang Anda berikan dan jika Anda telah yakin bahwa jawaban tersebut adalah sesuai dengan sebenarnya barulah bubuhkan tanda tangan Anda.
Read again the answer you gave and if you are confident that the answer is true then put your signature.
2. Kami menghimbau agar tidak menandatangani Formulir Klaim ini dalam keadaan kosong, karena dapat merugikan Anda sendiri.
We urge you to not to sign this Claim Form in an unconscious condition, because it can harm yourself.

Catatan/Notes

1. **Rekam medis pasien diperlukan untuk mendukung pernyataan di atas, mohon ditulis ulang dengan mesin untuk memudahkan pembacaan**
Medical record is required to support the above statements, please re-type it for easy reading
2. **Penilaian tertulis diberikan oleh dokter lain atau komite medik tentang tindakan medis yang telah dilakukan terhadap pasien**
Written statement made by another physician or medical committee in regarding to medical task given to patient

Tanggal pengajuan:
Date of lodging:

Tanda Tangan
Signature

(_____)

Kantor Pusat:
World Trade Centre 3 Corporate Number : +62 21 2926 8888
Jalan Jenderal Sudirman Kav. 29-31 Fax. : +62 21 2926 9090
Jakarta Selatan 12920, Indonesia