

Wajib Melampirkan Foto Kopi Tanda pengenalan Surat Izin Praktek Kedokteran Kartu IDI

PT Asuransi Allianz Utama Indonesia

DATA CALON TERTANGGUNG

Nama Lengkap

Alamat Rumah
*) Diisi jika berbeda dari alamat yang tertera pada kartu identitas terlampir

Kode Pos

Alamat Praktek

Kode Pos

No Telp. Rumah Telepon Genggam Fax

Alamat Email

Pernyataan yang wajib diisi jika premi di atas Rp 25 Juta:

*) Per. Menkeu No. 30/ PMK.010/2010

Pekerjaan/Jabatan

Sumber Penghasilan Gaji Bulanan Hasil Investasi Hasil Usaha Lainnya

Penghasilan/Tahun < Rp 50 juta Rp 50 - 100 juta Rp 100 - 250 juta > Rp 250 juta

DATA TERKAIT

Sebutkan riwayat pendidikan medis yang telah diselesaikan

Universitas	<input type="text"/>	Tahun	<input type="text"/>	Gelar	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

Sebutkan jenis pelatihan medis yang pernah diikuti

Tanggal	<input type="text"/>	Jenis Pelatihan/ Kualifikasi	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Di mana saja pemohon mempraktekkan profesinya sejak lulus?

Tempat Praktek	<input type="text"/>	Sejak	<input type="text"/>	Hingga	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

Apakah Anda telah memperoleh izin sesuai dengan peraturan yang berlaku untuk berpraktek di alamat yang tertera di atas? Ya Tidak

Nama badan penerbit izin praktek Nomor registrasi izin

Apakah Anda adalah anggota IDI (Ikatan Dokter Indonesia)? Ya Tidak Sudah berapa lamakah Anda berpraktek?

AKTIFITAS SAAT INI DAN DALAM WAKTU DEKAT

Bidang profesi kedokteran yang dijalani oleh pemohon saat ini. (Mohon garis bawahi bidang profesi yang dijalani).

<input type="radio"/> Grup 1	Dokter Umum (<i>Family and General Practice</i>), Alergi (<i>Allergist</i>), Ilmu Esensial Penyakit (<i>Pathologist</i>), Psikiater (<i>Psychiatrist</i>), Psikosomatik (<i>Psychosomaticist</i>), Gigi Umum (<i>Dentist</i>).	Premi	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Grup 2	Segala jenis kelompok profesi dokter yang tidak termasuk dalam kelompok 1, 3, dan 4; Spesialis Telinga, Hidung, dan Tenggorokan (<i>Ear, Nose, and Throat Specialist</i>), Jantung (<i>Cardiologist</i>), Saluran Cerna (<i>Gastroenterologist</i>), Penyakit Anak (<i>Pediatrics</i>), Saraf (<i>Neurologist</i>), Penyakit Dalam (<i>Internist</i>), Mata (<i>Ophthalmologist</i>), Akupuntur (<i>Acupuncture Specialist</i> , bukan untuk kecantikan dan hanya yang berijasah resmi dari kedokteran), Rehabilitasi Medik, Radiologi (<i>Radiologist</i>), Penyakit Kulit (<i>Dermatologist</i>).	Premi	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Grup 3	Bedah (<i>Surgeon</i>) - termasuk kelompok profesi lain yang melakukan aktivitas pembedahan, misalnya: Bedah Mata, Bedah Jantung, Bedah Anak, Bedah Syaraf, dll.), Tulang (<i>Orthopedics</i>), Saluran Kencing (<i>Urologist</i>), Dokter Gigi Spesialis (misalnya: <i>Orthodontist, Surgery Dentist, Prosthodontist</i> , dll.), Radioterapi (<i>Radiotherapist</i>).	Premi	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Grup 4	Kandungan dan Kebidanan (<i>Gynaecologist and Obstetricians</i>), Anestesi (<i>Anesthesiologist</i>).	Premi	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Lainnya	<input type="text"/>	Premi	<input type="text"/>

Apakah pemohon memiliki asisten, teknisi, juru rawat, atau pekerja yang khusus dalam menjalankan profesinya? Ya Tidak

Jumlah asisten, teknisi, juru rawat, atau pekerja yang dimiliki pemohon

Asisten	<input type="text"/>	Teknisi	<input type="text"/>	Juru Rawat	<input type="text"/>	Pegawai	<input type="text"/>	
Nama	<input type="text"/>			Posisi/ Jabatan	<input type="text"/>		Pendidikan	<input type="text"/>
	<input type="text"/>				<input type="text"/>			<input type="text"/>
	<input type="text"/>				<input type="text"/>			<input type="text"/>

Apakah pemohon memiliki seluruh atau sebagian, mengelola rumah sakit, rumah bersalin, atau institusi lain yang biasa memberikan pelayanan kesehatan?

Rumah Sakit	<input type="text"/>	Pemerintah/ Swasta	<input type="text"/>	Kamar Inap	<input type="radio"/> Ada <input type="radio"/> Tidak	Jumlah	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="radio"/> Ada <input type="radio"/> Tidak	Kamar	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="radio"/> Ada <input type="radio"/> Tidak	Inap	<input type="text"/>

Apakah pemohon memiliki atau mengoperasikan mesin X-Ray atau laser?

Ya Tidak

Tipe mesin X-Ray/
laser Jumlah

Penggunaan Diagnosa Perawatan

Diagnosa Perawatan

Data praktek yang pernah dilakukan oleh pemohon.

Jumlah pasien yang
ditangani per tahun Jumlah kelahiran yang
ditangani per tahun*

Jumlah operasi yang
dilakukan per tahun Prosentase keberhasilan
persalinan yang
ditangani per tahun*

*) Bagi dokter kandungan dan kebidanan (*Gynaecologist and Obstetricians*).

RIWAYAT ASURANSI DAN KLAIM

Apakah pemohon sudah memiliki asuransi tanggung gugat profesi dokter atau yang sejenis sebelumnya? Ya Tidak

Tahun	<input type="text"/>	Perusahaan Asuransi	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Limit Pertanggungan	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Apakah pemohon, rekan, asisten, juru rawat, atau teknisi, pernah menghadapi tuntutan ganti rugi atau sejenisnya dalam 5 (lima) tahun terakhir? Sebutkan jika ya.

Tahun	<input type="text"/>	Perusahaan Asuransi	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Limit Pertanggungan	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Apakah pemohon mengetahui adanya sesuatu keadaan yang dapat menimbulkan tuntutan ganti rugi atau perkara sejenis lainnya? Sebutkan jika ya.

<input type="text"/>
<input type="text"/>

PERIODE ASURANSI

Dari Hingga

ALAMAT PENGIRIMAN POLIS

(Jika berbeda dengan alamat pemohon diatas)

Alamat	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	Kode Pos <input type="text"/>

Dengan ini Saya menyatakan bahwa:

- Saya menyatakan bahwa semua pernyataan, data dan keterangan sebagaimana tersebut di atas adalah benar dan lengkap, sesuai dengan fakta, pengetahuan dan keyakinan saya. Apabila saya memberikan pernyataan, data dan keterangan yang tidak benar dan/atau tidak lengkap, maka saya menyetujui untuk dituntut dan manfaat asuransi yang diterima akan dikembalikan dengan segera kepada PT Asuransi Allianz Utama Indonesia ("Allianz").
- Pembayaran yang dilakukan oleh Saya untuk pembayaran Premi berdasarkan Surat Permohonan Penutupan 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). Apabila ada indikasi pelanggaran atas Undang-Undang 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.
- Saya dengan ini memberikan kuasa sepenuhnya kepada Allianz untuk:
 - 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, termasuk namun tidak terbatas dalam rangka untuk penerbitan polis dan pelayanan produk asuransi.
 - 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.
 - Mengungkapkan informasi pribadi saya untuk menanggapi perintah pengadilan atau hukum atau regulator atau pihak yang berwenang, atau untuk melindungi terhadap penipuan atau kegiatan lainnya yang illegal, atau untuk tujuan manajemen risiko, atau untuk mengizinkan Allianz dalam melakukan tindakan yang diperlukan, atau untuk membatasi kerugian yang dapat terjadi terhadap Allianz dan/atau untuk mematuhi hukum dan proses hukum.
- Bersedia dihubungi dalam rangka penawaran atau promosi produk dan kegiatan Allianz lainnya baik melalui media elektronik maupun non elektronik.
 Ya Tidak
- Saya mengerti bahwa untuk mempelajari lebih lanjut tentang bagaimana Allianz melindungi data pribadi dan hak-hak saya dapat dilakukan dengan mengakses tautan berikut: <http://www.allianz.co.id/data-privasi/prinsip-privasi>.
- Dengan menandatangani Surat Permohonan Penutupan Asuransi dari Allianz ini, maka Saya menyetujui pernyataan dan jaminan ini.

	Pemohon	Referensi/Agen	Pihak Penanggung
Nama Lengkap dan Tanda Tangan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tempat dan Tanggal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>