

SURAT PERMOHONAN PENUTUPAN ASURANSI TANGGUNG GUGAT PROFESI DOKTER



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		Tahun		Gelar	

Sebutkan jenis pelatihan medis yang pernah diikuti

Tanggal		Jenis Pelatihan/ Kualifikasi	

Di mana saja pemohon mempraktekkan profesinya sejak lulus?

Tempat Praktek		Sejak		Hingga	

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).

☐ 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	
☐ 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 berijazah resmi dari kedokteran), Rehabilitasi Medik, Radiologi (<i>Radiologist</i>), Penyakit Kulit (<i>Dermatologist</i>).	Premi	
☐ 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</i> , <i>Surgery Dentist</i> , <i>Prosthodontist</i> , dll.), Radioterapi (<i>Radiotherapist</i>).	Premi	
☐ Grup 4	Kandungan dan Kebidanan (<i>Gynaecologist and Obstetricians</i>), Anestesi (<i>Anesthesiologist</i>).	Premi	
☐ Lainnya		Premi	

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		Teknisi		Juru Rawat		Pegawai		
Nama				Posisi/ Jabatan			Pendidikan	

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

Rumah Sakit		Pemerintah/ Swasta		Kamar Inap	☐ Ada ☐ Tidak	Jumlah	
					☐ Ada ☐ Tidak	Kamar	
					☐ Ada ☐ Tidak	Inap	

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		Perusahaan Asuransi	

Limit Pertanggungan	

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

Tahun		Perusahaan Asuransi	

Limit Pertanggungan	

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

PERIODE ASURANSI

Dari		Hingga	
------	--	--------	--

ALAMAT PENGIRIMAN POLIS

(Jika berbeda dengan alamat pemohon diatas)

Alamat			
	Kode Pos		

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			
Tempat dan Tanggal			

"Premi Asuransi wajib dibayarkan langsung oleh Tertanggung ke rekening a/n PT Asuransi Allianz Utama Bank HSBC Cab WTC Jakarta no re : 001.347285.001, Pembayaran tunai tidak diperkenankan, Segala bentuk pembayaran yang dilakukan oleh Tertanggung diluar dari ketentuan yang mengakibatkan terjadinya kerugian akan menjadi tanggungan Tertanggung, dan PT Asuransi Allianz Utama Indonesia tidak bertanggung jawab atas kerugian tersebut."