



PT AIA FINANCIAL terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

Formulir Surat Pernyataan

(Diisi oleh Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan/atau Yang Ditunjuk)

Saya yang bertandatangan :

1. No Polis :

2. Nama Pemegang Polis / Peserta :

3. Nama Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan :

4. Nama Pihak Yang Ditunjuk :

5. Tempat & Tanggal Lahir* : tanggal bulan tahun Umur : Tahun

6. No. KTP/Paspor* : Berlaku Hingga : tanggal bulan tahun Seumur Hidup

7. Alamat Korespondensi* :

RT : Kelurahan :
RW : Kecamatan :

Kota : Kode Pos :
Provinsi :
Negara : (Wajib diisi)

Telepon : - Handphone :
Kode Area

(Alamat harus diisi lengkap dengan Kelurahan dan RT/RW)

* diisi data yang bertandatangan

Informasi Pengajuan Klaim Manfaat Rawat Inap dan/atau Manfaat Rawat Jalan :

Apakah Tertanggung mempunyai pertanggung jawaban kesehatan di perusahaan atau perusahaan asuransi lain dengan Manfaat Rawat Inap dan/atau Manfaat Rawat Jalan? : Ya Tidak

Nama perusahaan atau perusahaan asuransi lainnya :

Nomor polis :

Pilihan Pengajuan Klaim Manfaat Rawat Inap dan/atau Manfaat Rawat Jalan :

Berdasarkan informasi di atas, silahkan pilih pengajuan klaim yang dilakukan Pemegang Polis

- Mengajukan klaim Manfaat Rawat Inap dan/atau Manfaat Rawat Jalan di AIA Financial sepenuhnya
- Mengajukan sebagian klaim/koordinasi manfaat untuk Manfaat Rawat Inap dan/atau Manfaat Rawat Jalan di perusahaan atau perusahaan asuransi lainnya

Menyatakan dengan sebenarnya dokumen pengajuan klaim yang saya ajukan ke Penanggung sebagai berikut :

Tanggal perawatan inap : tanggal bulan tahun s / d tanggal bulan tahun

Tanggal perawatan jalan : 1. tanggal bulan tahun
2. tanggal bulan tahun
3. tanggal bulan tahun

Jumlah biaya perawatan : Rp.

Pernyataan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan/atau Yang Ditunjuk

Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan/atau Yang Ditunjuk (selanjutnya disebut "Saya") menyatakan untuk kepentingan PT AIA Financial ("AIA Financial" atau "Penanggung") bahwa:

1. Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya dan tidak ada keterangan maupun hal-hal lainnya yang Saya sembunyikan maupun dipalsukan.
2. Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya Formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya sepenuhnya.
3. Pilihan Pengajuan Klaim Manfaat Rawat Inap dan/atau Manfaat Rawat Jalan yang Saya tentukan dalam Formulir ini merupakan pilihan Saya secara sadar sepenuhnya dan Saya telah membaca dan memahami pernyataan dalam Formulir ini sehingga Saya menandatangani Formulir ini secara bertanggungjawab. Apabila Saya memberikan keterangan yang tidak benar atau palsu dalam Formulir ini atau memanipulasi dokumen atau mengajukan double claim kepada perusahaan atau perusahaan asuransi lainnya atau pun hal-hal lainnya yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, maka Saya bersedia menerima konsekuensi dari AIA Financial termasuk pengakhiran polis AIA Financial ("Polis") Saya, mengembalikan pembayaran klaim yang sudah dibayarkan oleh AIA Financial kepada Saya dan/atau AIA Financial berhak meneruskan kasus ini kepada pihak yang berwajib/berwenang.
4. Apabila Pemegang Polis memilih mengajukan klaim Manfaat Rawat Inap dan/atau Manfaat Rawat Jalan di perusahaan atau perusahaan asuransi lainnya, maka pembayaran klaim dari AIA Financial tidak dapat melebihi dari jumlah biaya yang dikeluarkan oleh Pemegang Polis atas klaim tersebut.
5. Pengajuan klaim dapat dilakukan dengan menggunakan penyampaian dokumen secara elektronik yang ditentukan oleh AIA Financial. Saya wajib menyimpan dokumen pendukung klaim asli yang disampaikan kepada AIA Financial secara elektronik dan mengirimkan kepada AIA Financial selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan sejak tanggal pengajuan klaim Saya. Apabila Saya tidak menyerahkan dokumen pendukung klaim asli tersebut dalam jangka waktu 3 (tiga) bulan, maka Saya berkewajiban mengembalikan klaim yang sudah dibayarkan dan Polis Saya berakhir. Ketentuan mengenai pengakhiran Polis akan dilakukan sesuai dengan ketentuan Polis yang berlaku.
6. Saya memberikan kewenangan kepada Tenaga Pemasar dibawah ini untuk membantu pengiriman dokumen Formulir Surat Pernyataan yang sudah saya tandatangi:

Nama Tenaga Pemasar :
Kode Tenaga Pemasar :
No. Lisensi AAJI :

[Mohon dilengkapi apabila Tenaga Pemasar Anda yang mengirimkan Formulir Surat Pernyataan yang sudah Anda tandatangi ini melalui email ke AIA Financial]

Ditandatangani di :

tanggal

bulan

tahun

materai 6,000
<i>Tanda tangan dan nama lengkap Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan/atau Yang Ditunjuk</i>

Penting !

Formulir ini harus ditandatangani setelah diisi dengan benar, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya.
Dilarang menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong.