

Formulir Klaim KGI Life

Nomor Polis		Nama Tertanggung		Nomor Identitas Tertanggung		Tanggal Lahir Tertanggung		Nama Pemegang Polis		
12345678		Wang Da-ming		A12345678		5 Mei 2003				
Alamat Tertanggung						Nomor Telepon Tertanggung				
XF, No. 1XX, Zhongshan North Road, distrik Zhongshang, kota Taipei						09XX001222				
Nama Karyawan Peserta Asuransi		Nomor Identitas Karyawan Peserta Asuransi		Tanggal Lahir Karyawan Peserta Asuransi		Hubungan dengan Tertanggung				
Jenis Permohonan Klaim	<input type="checkbox"/> Kecelakaan <input type="checkbox"/> Dana Pendidikan <input type="checkbox"/> Disabilitas <input type="checkbox"/> Penyakit Parah <input type="checkbox"/> Penyakit Khusus <input type="checkbox"/> Luka Bakar Parah <input checked="" type="checkbox"/> Pengobatan Umum <input type="checkbox"/> Waiver <input type="checkbox"/> Perawatan Jangka Panjang <input type="checkbox"/> Lainnya _____ ※ Mohon baca dengan cermat penjelasan di halaman empat terkait dokumen yang diperlukan saat pengajuan permohonan klaim dan hal-hal yang wajib diperhatikan.									
Pernyataan lengkap kejadian kecelakaan	Tanggal kejadian	21 Mei 2023	Pekerjaan saat terjadinya kecelakaan	Pelajar	Kronologi	Bila klaim ini tergolong sebagai permohonan atas kejadian kecelakaan, harap menulis kronologi kecelakaan dan pihak yang menangani.				
	Lokasi kejadian	persimpangan jalan Changchun Road dan Dunhua North Road	Tanggal pelaporan	21 Mei 2023		Saat akan berangkat ke sekolah, ditabrak oleh kendaraan pejalan kaki membantu melapor ke polisi, dan membawa ke IGD Rumah Sakit Changung.				
	Kantor polisi tempat melapor	Kantor polisi (Polsek) Dunpei	Nomor telepon kantor polisi	02-55555555						
Cara pembayaran premi asuransi										
<input checked="" type="checkbox"/> Transfer dana Pemilik rekening: <input checked="" type="checkbox"/> Penerima Manfaat <input type="checkbox"/> Wali Hukum / pengampu / pengawas dari penerima manfaat Nama pemilik rekening: _____ <input type="checkbox"/> Kantor Pos <input type="checkbox"/> _____ Bank _____ Cabang No. rekening: □□□□□□□□□□□□										
<input checked="" type="checkbox"/> Rekening sama dengan permohonan klaim Nilai klaim dari setiap penerima manfaat mungkin berbeda, mohon menyimak halaman belakang tentang hal-hal yang wajib diperhatikan saat pengajuan permohonan dan pengisian formulir.										
Mohon diingat, harap menulis nomor rekening yang akan ditransfer (misalnya salinan/fotokopi buku tabungan). lebih dari satu orang, dapat melampirkan _____										
※ Penjelasan dan persetujuan atas perlindungan identitas pribadi, dan Uji Tuntas atas Informasi Keuangan Otoritas Jasa Keuangan (Common Standard on Reporting and Due Diligence for Financial Account Information / CSR) Taiwan:										
<input checked="" type="checkbox"/> Saya pribadi (Penerima Manfaat / korban kecelakaan) mengizinkan perusahaan Anda untuk mengumpulkan, memproses, dan memanfaatkan data informasi pribadi yang berhubungan dengan pemeriksaan kesehatan, catatan pengobatan, dan rekam medis.										
<input checked="" type="checkbox"/> Saya pribadi (Penerima Manfaat / korban kecelakaan) mengizinkan perusahaan Anda untuk mengumpulkan, memproses, dan memanfaatkan data informasi pribadi sesuai dengan ketentuan "UU Perlindungan Data Pribadi".										
<input checked="" type="checkbox"/> Saya pribadi (Penerima Manfaat / korban kecelakaan) telah menerima, membaca dengan seksama, mengetahui dan memahami seluruh materi tentang 'Pelaku industri asuransi memenuhi kewajiban untuk memberi tahu isi dari UU Perlindungan Data Pribadi' (seperti yang tertera dalam berkas permohonan klaim pada halaman dua).										
<input checked="" type="checkbox"/> Bila permohonan yang diajukan berkaitan dengan klaim atas kematian, demi memastikan kebenaran dari isi surat visum terhadap jenazah yang dilampirkan saat mengajukan klaim kali ini, saya pribadi (Penerima Manfaat) menyetujui perusahaan Anda untuk melakukan inspeksi perbandingan terhadap dokumen yang disebutkan sebelumnya dengan data dalam sistem pelaporan kematian dari instansi terkait.										
<input checked="" type="checkbox"/> Saya menyatakan dan memastikan bahwa semua data yang tertulis di dalam formulir permohonan ini adalah benar, serta menyetujui bahwa setelah perusahaan Anda melakukan transfer atau menyerahkan cek sesuai dengan tata cara yang ditentukan di atas, maka hal tersebut berarti bahwa perusahaan telah memenuhi kewajiban pembayaran klaim. Bila terjadi kekeliruan penulisan, perubahan, pembatalan terhadap nomor rekening yang mengakibatkan perusahaan Anda tidak berhasil melakukan pembayaran klaim, maka saya pribadi yang akan bertanggung jawab atas keterlambatan tersebut, dan tidak melibatkan perusahaan Anda.										
<input checked="" type="checkbox"/> Saya menyatakan bahwa saya telah memahami bila manfaat memiliki nilai tunai polis dan tidak termasuk dalam akun pengecualian, maka harus tunduk pada ketentuan FATCA Amerika Serikat dan Standar Umum dalam Pelaporan dan Uji Tuntas atas Informasi Keuangan Otoritas Jasa Keuangan (Common Standard on Reporting and Due Diligence for Financial Account Information / CSR) Taiwan, dan berdasarkan pemberitahuan dari perusahaan Anda akan menuliskan 'Surat Pernyataan Pribadi Nasabah dan Surat Persetujuan Data Pribadi FATCA dan CRS'.										
<input type="checkbox"/> Saya ingin mengajukan permohonan klaim asuransi kecelakaan / disabilitas total, dokumen polis asuransi telah hilang (atau rusak), oleh karena itu dinyatakan tidak berlaku. Bila polis asuransi tersebut disalahgunakan oleh oknum di kemudian hari atau hal-hal lain yang menyebabkan kerugian terhadap kepentingan perusahaan Anda, atau terlibat dalam pencucian uang, pelanggaran hukum atau sengketa lainnya, maka Saya pribadi yang akan bertanggung jawab tanpa terkecuali. (Beri tanda centang bila setuju, bila tidak mencentang maka dianggap tidak setuju)										
Tanda tangan dari Penerima Manfaat / korban kecelakaan: Wang Da-ming Nomor kartu identitas: A12345678						Wajib menulis alamat kontak dan nomor telepon untuk pengajuan klaim demi mempermudah pengiriman dokumen terkait klaim (Informasi yang lebih jelas dapat disimak pada bagian hal-hal yang wajib				
Alamat domisili atau alamat identitas: <u>XF, No. 1XX, Zhongshan North Road, distrik Zhongshang, kota Taipei</u> Nomor telepon : <u>09XX001222</u>										
Wali Hukum / pengampu / pengawas dari Penerima Manfaat : _____ Nomor kartu identitas : _____ Tanggal lahir : _____ Alamat domisili atau alamat identitas : _____ Nomor telepon : _____										
※ Bagi yang menulis nomor ponsel, perusahaan kami akan mengirimkan pesan teks saat menerima permohonan klaim dan saat menyampaikan hasil klaim.										
Tanggal _____ bulan _____ tahun _____ Zhong Hua Min Kuo										
Nomor Pengajuan Klaim		Kolom Penerimaan Permohonan Klaim KGI Life		Unit Layanan		Nama Petugas		Nomor Lisensi		Nomor Telepon

Pelaku industri asuransi memenuhi kewajiban untuk memberi tahu isi dari UU Perlindungan Data Pribadi

Berdasarkan ketentuan yang tertuang dalam Undang-Undang Perlindungan Data Pribadi (selanjutnya disebut dengan UU Data Pribadi) pasal 6 ayat 2, pasal 8 ayat 1, dan pasal 9 ayat 1, KGI Life Insurance (selanjutnya disebut dengan perusahaan ini) memberitahu Anda hal-hal di bawah ini, Anda diharapkan untuk membaca dengan seksama:

I. Maksud dan tujuan pengumpulan data pribadi:

Berdasarkan 'Tujuan Khusus dari Undang-Undang Perlindungan Data Pribadi dan Kategori Data Pribadi' yang diumumkan oleh Kementerian Hukum dan mempertimbangkan karakteristik dari perusahaan ini, maka perusahaan ini menentukan hal-hal berikut sebagai tujuan khusus: asuransi jiwa (001), pengumpulan dan pemrosesan serta pemanfaatan data pribadi demi penyelenggaraan jasa keuangan yang sesuai dengan ketentuan hukum dan kepentingan pengawasan keuangan (059), administrasi perpajakan (095), dan usaha lainnya yang selaras dengan tujuan pendaftaran usaha atau kegiatan operasional yang ditentukan dalam anggaran dasar organisasi (181).

II. Kategori data pribadi yang dihimpun:

1. Kategori pengenalan / identifikasi: (C001) Identifikasi diri; (C002) Identifikasi keuangan; (C003) Identifikasi pada data pemerintahan.
2. Kategori ciri spesifik: (C011) Deskripsi pribadi; (C012) Deskripsi tubuh; (C013) Kebiasaan.
3. Kondisi keluarga: (C021) Kondisi keluarga; (C023) Perincian anggota keluarga lainnya.
4. Kondisi sosial: (C031) Rumah dan fasilitasnya; (C032) Harta; (C033) Kondisi keimigrasian; (C038) Jenis pekerjaan; (C040) Kecelakaan atau insiden lain dan kondisi terkait lainnya; (C041) Pengadilan, kejaksaan, atau badan peradilan lainnya atau prosedur lainnya.
5. Bidang pendidikan, uji kompetensi, teknologi, atau keahlian lainnya: (C051) Dokumentasi pendidikan di sekolah; (C052) Kompetensi atau keahlian.
6. Detail kondisi keuangan: (C081) Penghasilan, pendapatan, properti dan investasi; (C082) Utang dan pengeluaran; (C084) Pinjaman; (C086) Instrumen kredit; (C088) Detail asuransi; (C089) Detail pembayaran klaim asuransi sosial, tunjangan veteran, dan tunjangan pensiunan lainnya.
7. Kesehatan dan hal lainnya: (C111) Dokumentasi kesehatan (laporan medis, rekam medis pengobatan dan diagnosis, hasil pemeriksaan laboratorium, dan lain sebagainya). Informasi detail lainnya mengacu pada isi yang tercantum dalam formulir permohonan ini atau surat persetujuan.

III. Sumber data pribadi (Berlaku saat data pribadi tidak disediakan langsung oleh subjek yang bersangkutan atau disediakan secara tidak langsung):

1. Pemegang polis
2. Wali hukum, pengampu dari pihak yang bersangkutan
3. Klinik dan rumah sakit
4. Kantor polisi (kepolisian sektor), unit pemadam kebakaran (pertolongan pertama), kantor kejaksaan, Asosiasi Asuransi Jiwa.
5. Pihak ketiga yang melakukan pemasaran bersama, memanfaatkan data konsumen bersama, memiliki hubungan kolaborasi dalam kegiatan promosi, atau pihak ketiga yang menerima kuasa dari perusahaan ini dalam melaksanakan aktivitas usaha terkait.

IV. Periode, sasaran, wilayah, tata cara pemanfaatan informasi data diri:

1. Periode: Masa penyimpanan adalah masa berlaku perjanjian asuransi ini dan yang sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.
2. Sasaran: Perusahaan ini (dan cabangnya), The Life Insurance Association of the Republic of China, Non-Life Insurance Association of the Republic of China, Taiwan Insurance Institute, Financial Ombudsman Institute, lembaga keuangan yang menerima kuasa untuk menjalankan layanan, perusahaan penyedia layanan yang terlibat dalam kegiatan usaha dengan perusahaan ini, otoritas yang berkewenangan dalam menyelidiki dan mengawasi jasa keuangan sesuai dengan hukum, lembaga / otoritas Taiwan yang berwenang.
3. Wilayah: wilayah di mana sasaran yang disebutkan di atas berada.
4. Tata cara: dimanfaatkan sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

V. Berdasarkan UU Data Pribadi pasal 3, Anda memiliki hak dan tata cara dalam menjalankan hak atas informasi data pribadi Anda di perusahaan ini:

1. Dapat menjalankan hak atas perusahaan ini:
 - (1) Memohon untuk memberikan informasi, memohon untuk membaca atau membuat salinannya.
 - (2) Memohon untuk memberikan informasi tambahan atau melakukan perubahan.
 - (3) Memohon perusahaan ini untuk menghentikan pengumpulan data, memproses atau memanfaatkan data dan memohon untuk menghapus data.
2. Tata cara pelaksanaan hak: Secara tertulis.

VI. Dampak yang timbul terhadap hak-hak Anda bila tidak menyediakan data pribadi:

Bila Anda tidak dapat menyediakan informasi data pribadi, maka perusahaan ini mungkin akan menangguk atau tidak dapat melakukan verifikasi dan pemrosesan permohonan, dengan demikian terdapat kemungkinan perusahaan ini dengan terpaksa menolak menyediakan layanan jaminan asuransi, menunda penyediaan layanan, atau tidak dapat menyediakan layanan terkait ataupun pembayaran bagi Anda.

Penyesuaian istilah dalam perjanjian asuransi

Insurance contract words adjustment

Agar sesuai dengan semangat Konvensi mengenai Hak-Hak Penyandang Disabilitas dan amendemen terhadap UU Perasuransian yang dilakukan pada tanggal 13 Juni 2018, penggunaan istilah perasuransian oleh perusahaan ini akan diperbarui dengan penggunaan kata-kata yang terdapat di dalam tanda kurung di bawah ini, hak-hak nasabah asuransi tidak akan terpengaruh oleh pembaruan istilah-istilah tersebut:

cacat fisik dan mental (disabilitas), mati dan cacat (meninggal dunia dan disabilitas), cacat total (disabilitas total), cacat pasca stroke pada otak (kondisi abnormalitas pasca stroke pada otak), cacat tubuh dan jiwa (disfungsi tubuh), cacat akibat hilangnya anggota tubuh (berkurang atau hilangnya anggota tubuh), bantuan terhadap penderita cacat (pendampingan bagi disabilitas), cacat akibat disfungsi anggota tubuh (disabilitas akibat penyakit), cacat akibat cedera (disabilitas akibat cedera), disabilitas (hilangnya kemampuan kerja), gangguan mental atau keterbelakangan mental lainnya, yang menyebabkan seseorang tidak memiliki kemampuan dalam membedakan perilakunya atau seseorang berperilaku tanpa memiliki kemampuan untuk membedakannya (subjek yang tunduk pada pernyataan pengampu dan belum dibatalkan).

KGI Life Insurance

Surat Persetujuan

Karena akan mengajukan Mengajukan permohonan klaim asuransi Kepentingan dalam pembelian asuransi komersial, membuat surat persetujuan (Hubungan dengan pihak bertanggung: Saya pribadi Penerima Manfaat Wali Hukum Pengampu Pengawas Lainnya _____) kepada KGI Life Insurance (selanjutnya disebut sebagai KGI Life), dengan ini memberikan persetujuan dan memberikan kuasa kepada petugas dari KGI Life untuk melakukan pencarian informasi (termasuk tindakan mengakses situs web instansi/lembaga yang disebut di atas, panggilan telepon, tindakan dengan instansi medis demi tujuan pencarian informasi) kepada rumah sakit (klinik), kantor polisi (kepolisian sektor), unit pemadam kebakaran (pertolongan pertama), kantor kejaksaan, Asosiasi Asuransi Jiwa, perusahaan asuransi, atau instansi terkait lainnya, mengakses, menyalin, memfotokopi. Pihak bertanggung Wang Siao-Ming (tanggal lahir: 5 Mei 2013, No. KTP: A12345678), mengajukan permohonan rekam medis dari perawatan medis di semua bagian spesialisasi, serta rincian perawatan medis, informasi data komputer, dan informasi kecelakaan dari kasus saat ini berdasarkan catatan perawatan medis sebelumnya yang disediakan oleh Biro Asuransi Kesehatan Nasional tanpa batas waktu dan 5 tahun sebelum mulai berlakunya perjanjian kontrak: tanggal _____ bulan _____ tahun _____ hingga 'penandatanganan' surat persetujuan ini terhadap penyakit (_____ (nama penyakit), yang mana akan digunakan sebagai referensi.

Bila ada kolom kosong di atas, pembuat surat persetujuan ini memberikan kuasa kepada petugas dari KGI Life untuk mewakili dalam penulisan, dan dengan ini menyatakan bahwa: 'Pembuat surat persetujuan ini memberikan persetujuan dan memberikan kuasa kepada KGI Life untuk membuat salinan (fotokopi), di mana salinan (fotokopi) surat persetujuan ini memiliki efektivitas yang sama dengan aslinya'.

Hormat kami

Rumah sakit (klinik), kantor polisi (kepolisian sektor), unit pemadam kebakaran (pertolongan pertama), kantor kejaksaan, Asosiasi Asuransi Jiwa, perusahaan asuransi, atau instansi terkait lainnya.

Harap mengisi serta menandatangani dan memberikan stempel pada setiap kolom yang tersedia

Surat persetujuan ditandatangani oleh: Wang Siao-ming Nomor identitas diri: A12345678

Tanda tangan wali hukum / pengampu / pengawas dari penerima manfaat: Wang Da-ming Nomor identitas diri: B1234567 (Demi kebutuhan dari setiap instansi dan lembaga, mohon 'menandatangani' dan memberikan 'stempel', agar terhindar dari penambahan dokumen di kemudian hari. Bila pembuat surat persetujuan ini belum dewasa dan belum genap berusia tujuh tahun atau subjek yang tunduk pada pernyataan pengampu, maka dibutuhkan tanda tangan langsung dari wali hukum atau pengampu, bila subjek yang belum dewasa berusia di atas tujuh tahun, tetapi belum genap berusia delapan belas tahun atau subjek yang tunduk pada pernyataan pengawas, selain tanda tangan dari yang bersangkutan, juga harus ada tanda tangan dari wali hukum atau pengawas).

Alamat kontak: Zhongshan North Road No. 1XX, lantai X, distrik Zhongshan, kota Taipei

Nomor telepon: (02)2XX5267 Nomor ponsel: 09XX0012222

Tanggal _____ bulan _____ tahun _____ Zhong Hua Min Kuo

Catatan:

1. Ketentuan UU Kesehatan pasal 17: 'Berdasarkan permohonan pasien demi kepentingan diagnosis dan pengobatan, fasilitas kesehatan dan medis wajib menyediakan salinan rekam medis pasien, menyediakan ringkasan rekam medis dalam bahasa Mandarin, dan tidak diperkenankan mengulur waktu atau menolak tanpa alasan yang jelas; biaya yang perlu dibayar akan ditanggung oleh pasien'.
2. Menurut surat Wei-Shu-Yi-Zi nomor 0960012310 tertanggal 27 Maret 2007 diterbitkan oleh Taiwan Center of Disease Control, tidak ada format khusus dalam penulisan surat persetujuan untuk mengakses rekam medis, segala bentuk surat persetujuan yang ditulis oleh pasien dan yang disediakan oleh fasilitas kesehatan dan medis atau perusahaan asuransi tidak akan ditolak.
3. Menurut surat Quan-Yi-Lian-Zi nomor 1716 tanggal 13 September 2007 diterbitkan oleh Taiwan Medical Association, bila menggunakan berkas salinan saat mengakses rekam medis, maka salinan tersebut dapat digunakan setelah berkas salinan mendapatkan stempel yang menerangkan bahwa data dalam berkas salinan adalah sama dengan berkas aslinya.

Tanggal _____ bulan _____ tahun _____ Zhong Hua Min Kuo

Tabel tentang dokumen lampiran wajib saat pengajuan beragam klaim asuransi

Hal yang wajib diperhatikan saat mengajukan permohonan

Perhatikan: Dokumen yang wajib dilampirkan tetap disesuaikan dengan ketentuan yang tertera dalam masing-masing polis	Asuransi Kesehatan					Disabilitas		Meninggal Dunia		Waiver	Dana Pendidikan	Subsidi Biaya Pemukiman	Subsidi Biaya Melahirkan	Perawatan Jangka Panjang	Subsidi Rawat Jalan
	Sistem pembayaran (retribusi/serent/ penggantian biaya)	Nilai, Hartan, Nilai Tetap	Frekuensi Bayar Mengikuti Rawat	Pengobatan Kanker	Penyakit parah, penyakit kronis	Disabilitas Sebagian	Disabilitas Total	Meninggal Akibat Penyakit	Meninggal Akibat Kecelakaan						
Formulir permohonan klaim	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Bukti identitas Penerima Manfaat					⊙		⊙	⊙	⊙		⊙	⊙	⊙		
Polis asuransi atau transkrip pendaftaran susunan keluarga dari yang bersangkutan							⊙	⊙	⊙						
Transkrip pendaftaran susunan keluarga setelah adanya penghapusan data Tertanggung									⊙	⊙		⊙			
Surat keterangan meninggal / surat visum terhadap jenazah									⊙	⊙	⊙	⊙			
Surat keterangan jika Tertanggung mengalami cacat / cacat total						⊙	⊙			⊙					
Surat Keterangan Diagnosis	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙			⊙				⊙	⊙
Kuitansi dan rincian biaya pengobatan	⊙						⊙	⊙	⊙	⊙		⊙			⊙
Hasil pemeriksaan biopsi (kanker)				⊙	⊙				⊙						
Citra Sinar X			⊙				⊙								
Dokumen kecelakaan kerja (surat pemberitahuan yang diterbitkan oleh Biro Asuransi Ketenagakerjaan)															

1. Penjelasan mengenai penulisan dan penandatanganan formulir permohonan klaim asuransi, serta verifikasi identitas adalah sebagai berikut:

- (1) Permohonan klaim asuransi atas pengobatan, penyakit parah, atau cacat, Penerima Manfaat merupakan subjek kejadian kecelakaan.
- (2) Permohonan klaim asuransi atas kematian, yang dimaksud dengan Penerima Manfaat adalah penerima manfaat dari kecelakaan seperti yang tertulis dalam polis asuransi, mohon melampirkan salinan (fotokopi) dari dokumen identitas resmi berfoto yang belum kedaluwarsa (seperti misalnya KTP, paspor, ARC, SIM, dan lain sebagainya).
 - Bila Penerima Manfaat adalah subjek yang belum dewasa dan belum genap berusia 7 tahun, maka Wali Hukum yang akan mewakili dalam mengisi informasi data diri dan menandatangani, serta melampirkan surat bukti yang menunjukkan hubungan antara Penerima Manfaat dan wali hukum dan melampirkan salinan (fotokopi) dokumen identitas berfoto yang resmi yang masih berlaku.
 - Bila Penerima Manfaat adalah subjek yang memiliki keterbatasan, telah berusia genap tujuh tahun, tetapi belum genap berusia 18 tahun, maka Penerima Manfaat dan wali hukum lainnya harus menulis sendiri informasi data diri dan menandatangani, serta melampirkan surat bukti yang menunjukkan hubungan antara Penerima Manfaat dan wali hukum, dan melampirkan salinan (fotokopi) dokumen identitas berfoto yang resmi yang masih berlaku.
 - Bila Penerima Manfaat adalah subjek yang tunduk pada pernyataan pengampu atau pernyataan pengawas dan belum dibatalkan, maka dimohon untuk melampirkan Putusan Pengadilan pernyataan pengampu atau pernyataan pengawas, dan pengampu atau pengawas yang mewakili dalam mengisi dan menandatangani formulir permohonan, serta melampirkan salinan (fotokopi) dokumen identitas berfoto yang resmi yang masih berlaku.
 - Warga negara asing wajib melampirkan paspor dan dokumen identitas resmi lainnya yang masih berlaku saat mengajukan berbagai klaim asuransi demi memudahkan identifikasi dan verifikasi identitas.
- (3) Rekening yang akan menerima transfer dana haruslah rekening pribadi Penerima Manfaat untuk segala jenis klaim asuransi, tidak diperkenankan menunjuk rekening wali hukum, pengampu, ataupun pengawas. Namun, untuk klaim asuransi kesehatan bagi subjek belum dewasa, setelah mendapatkan persetujuan dari yang bersangkutan, transfer dana dapat dilakukan ke rekening wali hukum yang ditunjuk, harap melampirkan dokumen bukti hubungan dengan wali hukum dan salinan (fotokopi) dokumen identitas berfoto yang resmi yang masih berlaku

2. Saat mengajukan permohonan klaim atas kematian akibat kecelakaan atau disabilitas total, maka demi mengakomodasi proses klaim, mohon menyertakan juga 'surat bukti kecelakaan dan cedera' (seperti surat keterangan dari pihak kepolisian).
3. Saat mengajukan permohonan klaim atas gejala komorbid kehamilan dan persalinan, mohon melampirkan berkas rekam medis 'Catatan pemeriksaan prenatal' dan 'Catatan perawatan saat persalinan'.
4. Saat mengajukan permohonan klaim asuransi atas kejadian kecelakaan di luar negeri, mohon melampirkan salinan (fotokopi) paspor dan data keimigrasian (keluar masuk negara), serta data rekam medis pengobatan berbahasa Inggris yang lengkap demi mempercepat waktu pemrosesan klaim.
5. Selain dokumen yang harus disediakan seperti yang disebut di atas, perusahaan ini akan memberitahu Penerima Manfaat untuk menyediakan dokumen pembuktian terkait lainnya bila dirasa perlu setelah proses peninjauan berlangsung.
6. Ketika perjanjian masih berlaku dan Tertanggung mengalami disabilitas, menderita penyakit parah, menderita penyakit parah tertentu, menderita kanker, dan lainnya seperti yang tertulis pada daftar lampiran dalam syarat dan ketentuan dari asuransi utama yang mengakibatkan perjanjian asuransi dasar berakhir, maka long-term rider atau asuransi tambahan jangka panjang yang melengkapi asuransi dasar tidak akan turut berakhir (sesuai dengan surat Jin-Guan-Pao-Shou-Zi nomor 10102116570). Namun, untuk melanjutkan asuransi tambahan jangka panjang dalam polis asuransi, tetap harus melakukan pembayaran premi asuransi sehari setelah kontrak independen berakhir sesuai dengan ketentuan yang berlaku, sehingga asuransi tambahan tersebut masih terus berlaku secara efektif.
7. Berdasarkan ketentuan dalam 'Peraturan Pelaksana Deduksi dan Pembayaran Premi Asuransi Tambahan untuk Asuransi Kesehatan Nasional', bila nilai bunga untuk satu pembayaran klaim yang ditanggihkan mencapai NTS\$5.000, maka premi asuransi tambahan akan dikurangi sesuai dengan tarif asuransi tambahan menurut ketentuan yang ditentukan. Namun, bagi mereka yang memiliki salah satu status berikut atau memenuhi persyaratan ketentuan perundang-undangan di atas, maka saat mengajukan klaim, nasabah harus proaktif menyerahkan dokumen berikut agar terbebas dari pemotongan premi asuransi tambahan:
 - (1) Tertanggung yang tergolong dalam kategori ke-5 (sesuai dengan anggota keluarga ekonomi lemah yang ditetapkan dalam UU Bantuan Sosial) sesuai dengan Undang-Undang Asuransi Kesehatan Nasional: melampirkan surat keterangan tidak mampu / ekonomi lemah yang diterbitkan oleh lembaga sosial pemerintah dan masih berlaku.
 - (2) Tidak berstatus sebagai peserta Asuransi Kesehatan Nasional atau kehilangan status sebagai peserta Asuransi Kesehatan Nasional: warga negara asing wajib melampirkan salinan (fotokopi) paspor, warga negara Taiwan yang dicabut pendaftaran kependudukannya wajib melampirkan dokumen pencatatan kependudukan 3 bulan terakhir.
8. Semua berkas yang dilampirkan saat pengajuan permohonan tidak akan dikembalikan, bagi mereka yang memerlukan pengembalian dokumen yang tidak tergolong sebagai berkas yang diperlukan untuk permohonan klaim, maka dimohon untuk menghubungi petugas penanggung jawab di lokasi masing-masing.
9. Saat mengurus klaim asuransi atas kejadian kecelakaan dari Tertanggung, bila terdapat asuransi atas penyakit parah, asuransi lanjut usia, asuransi pembayaran tunggal, asuransi jangka pendek, asuransi utang, asuransi dengan nilai tinggi, asuransi intensif, atau premi asuransi lebih tinggi dari nilai pertanggungan, maka secara proaktif wajib menyatakan 'harta yang tidak termasuk dalam harta warisan' pada surat pemberitahuan pajak warisan setelah pembayaran klaim.
10. Bagi mereka yang mengajukan permohonan klaim atas asuransi pribadi dan belum mengisi alamat kontak atas klaim, berbagai surat-surat tertulis atau pemberitahuan terkait klaim akan dikirim melalui pos ke 'tempat tinggal (alamat kontak)' yang tertulis dalam polis asuransi.
11. Bila pengadilan melakukan eksekusi terhadap perjanjian asuransi, dan klaim asuransi yang diajukan oleh penerima manfaat tergolong sebagai 'hal yang dibutuhkan untuk menunjang kehidupan debitur beserta anggota keluarganya yang tinggal bersama' sebagai Undang-Undang Eksekusi pasal 122 ayat 2, maka wajib menyampaikan pernyataan atau menyatakan keberatan ke pengadilan sesuai dengan ketentuan dalam Undang-Undang Eksekusi pasal 12.
12. Bila terdapat pertanyaan saat mengisi formulir permohonan ini, silakan hubungi layanan konsumen 0800-098-889, staf dari perusahaan kami akan akan melayani Anda dengan sepenuh hati. Terima kasih.

※Setelah selesai mengisi, kirim semua berkas permohonan melalui pos tercatat ke berbagai lokasi layanan perusahaan kami.

Pusat Layanan Konsumen Taipei: Dunhua North Road No. 122, lantai B1, kota Taipei 105405	Asuransi pribadi (02)2719-6678	Asuransi Kumpulan (berkelompok) 0800-211-702
Kantor Cabang Taoyuan dan Hsinchu: Jingguo 1st Road No. 73, lantai 4, Distrik Taoyuan, kota Taoyuan 330063		(03)216-5038
Kantor Cabang Taichung: Wuguan Road No. 2-107, lantai 8, Distrik Barat, kota Taichung 403458		(04)2376-2866
Kantor Cabang Chiayi: Minsheng North Road No. 241, lantai 6, kota Chiayi 600003		(05) 223-2092
Kantor Cabang Tainan: Zhonghua Road No. 1-97, lantai 15, distrik Yongkang, kota Tainan 710044		(06)313-3957
Kantor Cabang Kaohsiung: Mingcheng 4th Road No. 156, lantai 11, distrik Gushan, kota Kaohsiung 804116		(07)586-6588
Kantor Cabang Hualien: Mingxin Street No. 1-16, lantai 7, kota Hualien, Kabupaten Hualien 970010		(03)834-5240

(Bagi mereka yang semula merupakan nasabah Prudential UK, harap mengirimkan dokumen ke divisi premi asuransi)