

FORMULIR KLAIM MANFAAT MENINGGAL DUNIA

I. Persyaratan Dokumen Pengajuan Klaim

1. Formulir Klaim Manfaat Meninggal Dunia yang telah diisi dengan benar dan lengkap serta ditandatangani oleh Pemegang Polis dan/atau Penerima Manfaat.
2. Formulir Klaim Meninggal yang telah diisi dengan benar dan lengkap oleh Dokter yang merawat.
3. Fotokopi identitas Tertanggung dan Penerima Manfaat yang berlaku.
4. Asli/legalisir surat keterangan kematian yang ditandatangani oleh Dokter yang merawat.
5. Asli/legalisir surat/akta kematian yang dikeluarkan oleh instansi yang berwenang.
6. Asli/legalisir berita acara dari kepolisian apabila meninggal dunia karena kecelakaan lalu lintas atau sebab yang tidak wajar.
7. Dokumen-dokumen lain yang wajar dan relevan dengan proses pertanggungan serta penyelesaian klaim.
8. Kami berhak menunda klaim, jika persyaratan kelengkapan dokumen pengajuan klaim tersebut tidak lengkap.
9. Jika pengajuan klaim diajukan oleh Penerima manfaat maka sertakan surat keterangan dari Pemegang Polis.
10. Jika ada kesalahan dalam penulisan harap di tanda tangan sesuai dengan identitas diri.
11. Identitas lainnya yang di perlukan untuk menerima manfaat pertanggungan :

Hubungan Penerima Manfaat dengan Tertanggung :	Bukti Pendukung :
Suami/Istri	KTP Suami/Istri & Akta Nikah
Anak	Akta lahir, KTP Anak/penetapan perwalian (jika diperlukan)
Orang Tua	KTP Orang Tua dan Akta Lahir Tertanggung
Saudara Kandung	KTP Saudara Kandung, Akta Lahir Saudara Kandung dan Akta lahir Tertanggung
Lainnya, Mohon Jelaskan	Surat keterangan ahli waris atau akta waris dari notaris

II. Data Tertanggung (Data Yang Meninggal Dunia)

Nomor Polis : _____

Nama Pemegang Polis : _____

Nama Tertanggung : _____

Nomor Kepesertaan : _____

Nomor Identitas Diri Tertanggung (ID) : _____

Tanggal Lahir : ____ / ____ / ____ (Tanggal/Bulan/Tahun)

Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita

Tanggal Meninggal : ____ / ____ / ____ (Tanggal/Bulan/Tahun) Waktu : ____ : ____ Jam/Menit

Tempat Meninggal : ☐ Rumah ☐ Rumah Sakit ☐ Lainnya, mohon sebutkan : _____

Nama Rumah Sakit : _____

1. Apakah Tertanggung aktif bekerja pada tanggal berlakunya kepesertaan asuransi? ☐ Ya ☐ Tidak

Apakah Tertanggung aktif bekerja pada tanggal kenaikan Uang Pertanggungan terakhir? ☐ Ya ☐ Tidak

Jika Jawaban dari salah satu pertanyaan diatas adalah Tidak, mohon beri penjelasan : _____

2. Tanggal terakhir aktif bekerja : ____ / ____ / ____ (Tanggal/Bulan/Tahun)

III. Berikan keterangan sehubungan dengan penyebab Meninggal Dunia (wajib diisi semua)

Nama Dokter yang merawat : _____

Penyebab Meninggal Dunia : ☐ Sakit ☐ Kecelakaan ☐ Lainnya, mohon sebutkan : _____

Nama Rumah Sakit : _____

Jika diakibatkan oleh kecelakaan, mohon beri penjelasan lengkap:

Proses Otopsi : ☐ Ya ☐ Tidak

Tanggal Otopsi : ____ / ____ / ____ (Tanggal/Bulan/Tahun)

Nama Saksi saat meninggal : _____

Hubungan Saksi dengan Tertanggung : ☐ Suami ☐ Istri ☐ Anak ☐ Lainnya, mohon sebutkan : _____

IV. Laporan Kepolisian (Jika penyebab meninggal dunia karena kecelakaan)

Apakah Kecelakaan ini di laporkan kepada pihak yang berwajib ? ☐ Ya ☐ Tidak

Nomor laporan : _____

Nama dan Lokasi Kantor Polisi : _____

Hubungan Saksi dengan Tertanggung : ☐ Suami ☐ Istri ☐ Anak ☐ Lainnya, mohon sebutkan : _____

V. Pertanggung jawaban di perusahaan Asuransi lain

Apakah Klaim ini di ajukan kepada Asuransi Individu PT Prudential Life Assurance ? ☐ Ya ☐ Tidak

No Polis : _____

Apakah Klaim ini juga di ajukan kepada Peserusahaan Asuransi Lain ? ☐ Ya ☐ Tidak

No Polis : _____

Alamat lengkap : _____

No. BPJS Tertanggung : _____

VI. Mohon mencantumkan nama bank dan kantor cabang serta nomor rekening Pemegang Polis/ Penerima Manfaat untuk memudahkan pembayaran jika klaim ini di setuju (huruf cetak)

Nama Penerima Manfaat : _____

Nomor Kartu Identitas Diri : _____

Tanggal Lahir : ____ / ____ / ____ (Tanggal/Bulan/Tahun)

Alamat Tempat Tinggal saat ini : ☐ Indonesia ☐ Luar Negeri, sebutkan : _____

Komplek/Jalan/Blok/No./RT/RW : _____

Kelurahan/Kecamatan : _____

Kota : _____ Kode Pos : _____

Provinsi : _____

Jenis Mata Uang : ☐ IDR ☐ USD

Nomor Rekening : _____

Nama Pada Rekening : _____

Nama Bank : _____

Kantor Cabang : _____

SWIFT Code/ABA/IBAN*: **Wajib diisi untuk pembayaran yang di tujukan ke bank di luar negeri*

Catatan : Segala kesalahan penulisan nomor rekening menjadi tanggung jawab Pemegang Polis atau Tertanggung

VII. Pernyataan Pemegang Polis dan/atau Penerima Manfaat

Pemegang Polis dan/atau Penerima Manfaat (selanjutnya disebut "Saya/Kami") menyatakan bahwa :

1. Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini adalah benar telah Saya/Kami tuliskan dan tidak ada keterangan maupun hal-hal lainnya yang Saya/Kami sembunyikan.
2. Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya Formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap sepenuhnya menjadi tanggung jawab Saya/Kami
3. Dengan ini Saya/Kami memberi kuasa kepada setiap dokter, tenaga medis, rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi dan badan hukum, perorangan, instansi/lembaga atau pihak-pihak lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan Saya untuk memberikan informasi/data/dokumen kepada PT Prudential Life Assurance atau mereka yang diberi kuasa olehnya. Salinan dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti kuasa aslinya,
4. Saya/Kami memberikan kuasa dan persetujuan kepada PT Prudential Life Assurance atau mereka yang diberikan kuasa olehnya untuk memberikan informasi medis milik Saya kepada Departemen Sumber Daya Manusia pada perusahaan saya, pialang asuransi dan/atau Forum Klaim Indonesia.
5. Untuk pelaksanaan kuasa ini Saya dengan ini melepaskan ketentuan-ketentuan dalam pasal 1813, pasal 1814, dan pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia, dan.
6. Dalam hal PT Prudential Life Assurance memerlukan informasi tambahan dari perusahaan asuransi lain dan atau instansi lainnya, Saya/Kami mengizinkan PT Prudential Life Assurance untuk memberikan data-data Polis Saya/Kami guna mendapatkan informasi yang diperlukan tersebut.

*Jika diperlukan asli dari Pernyataan bagian VII ini akan dikirimkan kepada Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Laboratorium /Puskesmas/Petugas Administrasi Rumah Sakit/Paramedis (Bidan/Perawat)/Perusahaan Asuransi atau pihak-pihak lain yang relevan.

Tempat : _____

Tanggal : ____ / ____ / ____ (tanggal/bulan/tahun)



Nama Jelas & Tanda Tangan Pemegang Polis dan/atau Penerima manfaat
disertai dengan Stempel Perusahaan

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK KLAIM MENINGGAL DUNIA

(MEDICAL CERTIFICATE DEATH CLAIM)

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Saya telah memeriksa Tertanggung/Pasien tersebut dibawah ini.

I hereby certify that I personally examined the Insured/Patient mentioned below.

Nama Lengkap Tertanggung/ <i>Insured's Full Name</i>	
Jenis Kelamin/ <i>Gender</i>	<input type="checkbox"/> Pria/ <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Wanita/ <i>Female</i>
Tanggal Lahir/ <i>Date of Birth</i>	___ / ___ / ____ (Tanggal/Bulan/Tahun)(<i>DD/MM/YY</i>)
Nomor Rekam Medis/ <i>Medical Record number</i>	
Tempat Meninggal / <i>Place of Death</i>	
Tanggal Meniniggal/ <i>Date of Death</i>	___ / ___ / ____ (Tanggal/Bulan/Tahun)(<i>DD/MM/YY</i>)
Anamnesa/ <i>Anamnesa</i>	
Pemeriksaan Fisik/ <i>Physical Examination</i>	
Pemeriksaan Penunjang/ <i>Diagnostic Examination</i>	
Diagnosa Utama/ <i>Primary Diagnosis</i>	
Diagnosa Tambahan/ <i>Secondary Diagnosis</i>	
Tanggal diagnose pertama kali/ <i>date diagnosis for the first time</i>	___ / ___ / ____ Tanggal/Bulan/Tahun (<i>DD/MM/YYYY</i>)
Apakah Pasien pernah mendapatkan perawatan sebelumnya untuk penyakit ini? Mohon dijelaskan <i>Has the patient ever been treated for this symptoms/ illness? Please explain</i>	

Apakah Pasien pernah konsultasi/dirawat sebelumnya dengan diagnose lain?/ <i>Has the Insured/Patient ever be consulted/ hospitalized for other diagnosis ?</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No ____ / ____ / ____ (Tanggal/Bulan/Tahun) (DD/MM/YY)
a. Tanggal (<i>date</i>)	
b. Diagnosa (<i>Diagnosis</i>)	
c. Nama Dokter (<i>Doctor's name</i>)	
d. Nama Rumah Sakit (<i>Hospital's name</i>)	
Penyebab atau dugaan sebab kematian/ <i>Cause or Suspected Cause of Death</i>	<input type="checkbox"/> Penyakit/ <i>Disease</i> . Jika Ya, Jelaskan/ <i>If Yes, please explain</i> _____ <input type="checkbox"/> Kecelakaan/ <i>Accident</i> . Jika Ya, Jelaskan/ <i>If Yes, please explain</i> _____ <input type="checkbox"/> Lainnya/ <i>Others</i> , Jelaskan/ <i>please explain</i> _____
Bila meninggal dunia karena kecelakaan, mohon cantumkan: <i>If death is due to accident, please state:</i>	
a. Diagnosa/ <i>Diagnosis</i> :	
b. Tanggal Kecelakaan/ <i>Date of Accident</i> :	____ / ____ / ____ (Tanggal/Bulan/Tahun) (DD/MM/YY)
c. Kronologis Kecelakaan/ <i>Chronology of Accident</i>	
Informasi Tambahan Lainnya/ <i>Other information</i>	

Saya Menyatakan bahwa seluruh informasi diatas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan Saya.
I declare that the above information is accurate and complete to the best of my knowledge and conviction.

Nama Dokter/*Doctor's Name*:

Spesialisasi/*Specialization*

Tanggal/*Date* ____ - ____ - ____ Tanggal/Bulan/Tahun (DD/MM/YY)

Tandatangan Dokter/*Doctor's signature*:

Alamat & Stempel Dokter/Rumah Sakit
Address and Doctor/ Hospital Stamp