

FORMULIR KLAIM MANFAAT KLAIM MENINGGAL DUNIA

(PRUlink assurance account)

- Mohon mengisi dengan menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak dan tulisan tidak keluar dari kotak, jelas dan memberi tanda (✓) pada kotak jawaban yang sesuai
- Mohon tidak menandatangani Formulir Klaim ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi dengan lengkap dan benar sebelum menandatangani
- Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku

PERSYARATAN DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM

1. Polis (asli),
2. Formulir Klaim Meninggal Dunia yang telah diisi dengan benar dan lengkap, serta ditandatangani oleh Pemegang Polis atau Penerima Manfaat Polis,
3. Surat Keterangan Dokter untuk klaim meninggal dunia yang telah diisi dengan lengkap dan jelas oleh Dokter,
4. Catatan medis/resume medis Tertanggung apabila diminta oleh PT Prudential Life Assurance,
5. Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan penunjang (jika ada),
6. Fotokopi kartu identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku
7. Surat Keterangan Kematian dari Pemerintah setempat,
8. Fotokopi Surat Pengubahan/Penetapan ganti nama Pemegang Polis, Tertanggung dan Penerima Manfaat (jika pengubahan nama pernah dilakukan),
9. Surat Berita Acara Kepolisian (asli) jika Tertanggung meninggal dunia karena kecelakaan yang melibatkan pihak kepolisian,
10. Dokumen-dokumen lain yang wajar dan relevan dengan proses pertanggungan serta penyelesaian klaim
11. Identitas lainnya yang diperlukan untuk menerima manfaat pertanggungan:

Hubungan Pemegang Polis/Penerima Manfaat/Pengaju Klaim dengan Tertanggung :	Bukti Pendukung
Suami/Istri	KTP Suami/Istri & Akta Nikah
Anak	Akta Lahir, penetapan perwalian/KTP Anak (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	Penetapan ahli waris dari Pengadilan/Notaris (jika diperlukan)

Data Diri Nasabah (wajib diisi semua)

Nomor Polis	:	<input type="text"/>
Nama Pemegang Polis	:	<input type="text"/>
Nama Tertanggung (Pasien)	:	<input type="text"/>
Nomor Identitas Diri Tertanggung (ID)	:	<input type="text"/>
Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Jenis Klaim	:	<input type="checkbox"/> Meninggal karena Penyakit <input type="checkbox"/> Meninggal karena Kecelakaan
Tanggal Lahir & Usia	:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun
Tanggal Meninggal dan Jam Meninggal	:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> (hh:mm)
Tempat Meninggal	:	<input type="checkbox"/> Rumah Sakit <input type="checkbox"/> Rumah <input type="checkbox"/> lainnya, mohon sebutkan : <input type="text"/>
Nama Rumah Sakit	:	<input type="text"/>
Pekerjaan terakhir Tertanggung saat meninggal	:	<input type="text"/>
Nama Perusahaan terakhir Tertanggung	:	<input type="text"/>
Nomor telepon perusahaan Tertanggung	:	<input type="text"/>
Nomor Telepon Pemegang Polis/Pengaju Klaim	:	<input type="text"/>

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

Tanggal Diagnosa pertama kali	:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (tgl/bln/thn)
Nama Dokter yang merawat	:	<input type="text"/>
Nama Rumah Sakit	:	<input type="text"/>
Jenis Penyakit	:	<input type="text"/>
Proses Otopsi	:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Tanggal Otopsi	:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (tgl/bln/thn)
Nama Saksi saat Meninggal	:	<input type="text"/>
Hubungan Saksi dengan Tertanggung	:	<input type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> lainnya mohon sebutkan: <input type="text"/>

Informasi Dokter, penyakit-penyakit lain yang pernah diderita termasuk sejak kapan diderita dan tempat berkonsultasi/mendapat perawatan (wajib diisi semua)

Nama Dokter yang biasa dikunjungi	:	<input type="text"/>
Nomor telepon Dokter yang biasa dikunjungi	:	<input type="text"/>

Jenis Penyakit	Diderita sejak	Nama Dokter	Nama Rumah Sakit
1)	1)	1)	1)
2)	2)	2)	2)

Tanda Tangan Pemegang Polis/Penerima Manfaat/Pengaju Klaim
 (sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

Laporan Kepolisian (Jika penyebab meninggal dunia karena kecelakaan)	
Apakah Kecelakaan ini dilaporkan kepada pihak yang wajib? : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Nomor Laporan :	<input type="text"/>
Nama dan Lokasi Kantor Polisi :	<input type="text"/>
Hubungan Pengaju Klaim dengan Tertanggung :	<input type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> lainnya, mohon sebutkan : <input type="text"/>
Pertanggung di perusahaan Asuransi lain	
Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan atau perusahaan asuransi lain? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Nama Perusahaan atau Perusahaan Asuransi lainnya:	<input type="text"/> Nomor Polis: <input type="text"/>
Nomor BPJS Pasien (Tertanggung):	<input type="text"/>
Mohon untuk mencantumkan nama bank dan kantor cabang serta nomor rekening Penerima Manfaat untuk memudahkan pembayaran jika Klaim ini disetujui (huruf cetak), Apabila Jumlah Penerima Manfaat melebihi dari kolom yang disediakan, mohon dapat membuat Surat Pernyataan/Amandemen untuk pembayaran Klaim.	
Penerima Manfaat (I)	
Alamat tempat tinggal saat ini :	<input type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Luar Negeri, sebutkan: <input type="text"/>
Mata Uang :	<input type="checkbox"/> IDR <input type="checkbox"/> USD
Nomor Rekening :	<input type="text"/>
Nama Pemilik Rekening :	<input type="text"/>
Nama Bank :	<input type="text"/>
Kantor Cabang :	<input type="text"/>
SWIFT Code/ABA/IBAN*	<input type="text"/>
<i>*Wajib diisi untuk pembayaran yang ditujukan ke bank di luar negeri</i>	
Penerima Manfaat (II)	
Alamat tempat tinggal saat ini :	<input type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Luar Negeri, sebutkan: <input type="text"/>
Mata Uang :	<input type="checkbox"/> IDR <input type="checkbox"/> USD
Nomor Rekening :	<input type="text"/>
Nama Pemilik Rekening :	<input type="text"/>
Nama Bank :	<input type="text"/>
Kantor Cabang :	<input type="text"/>
SWIFT Code/ABA/IBAN*	<input type="text"/>
<i>*Wajib diisi untuk pembayaran yang ditujukan ke bank di luar negeri</i>	
Penerima Manfaat (III)	
Alamat tempat tinggal saat ini :	<input type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Luar Negeri, sebutkan: <input type="text"/>
Mata Uang :	<input type="checkbox"/> IDR <input type="checkbox"/> USD
Nomor Rekening :	<input type="text"/>
Nama Pemilik Rekening :	<input type="text"/>
Nama Bank :	<input type="text"/>
Kantor Cabang :	<input type="text"/>
SWIFT Code/ABA/IBAN*	<input type="text"/>
<i>*Wajib diisi untuk pembayaran yang ditujukan ke bank di luar negeri</i>	
Penerima Manfaat (IV)	
Alamat tempat tinggal saat ini :	<input type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Luar Negeri, sebutkan: <input type="text"/>
Mata Uang :	<input type="checkbox"/> IDR <input type="checkbox"/> USD
Nomor Rekening :	<input type="text"/>
Nama Pemilik Rekening :	<input type="text"/>
Nama Bank :	<input type="text"/>
Kantor Cabang :	<input type="text"/>
SWIFT Code/ABA/IBAN*	<input type="text"/>
<i>*Wajib diisi untuk pembayaran yang ditujukan ke bank di luar negeri</i>	
Tanda Tangan Pemegang Polis/Penerima Manfaat/Pengaju Klaim (sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)	
<div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>	

PERNYATAAN PEMEGANG POLIS ATAU PENERIMA MANFAAT ATAU PENGAJU KLAIM

Pemegang Polis atau Penerima atau Pengaju Klaim (Selanjutnya disebut "Saya") menyatakan bahwa:

1. Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini adalah benar telah Saya tuliskan dan tidak ada keterangan maupun hal-hal lainnya yang Saya sembunyikan.
2. Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya Formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya sebagai Pemegang Polis atau Penerima Manfaat.
3. JIKA klaim ini disetujui akan dibayarkan, Saya setuju untuk memberikan bukti pendukung berupa identitas Pemegang Polis atau Penerima manfaat atau Pengaju Klaim untuk proses verifikasi Penerimaan manfaat pertanggungan. Apabila bukti pendukung yang diberikan kepada perusahaan tidak bisa membuktikan hubungan kepentingan asuransi (*insurable interest*) maka Saya wajib memberikan dokumen lain yang wajar dan relevan dengan proses pertanggungan serta penyelesaian klaim diperlukan oleh Perusahaan.
4. JIKA klaim ternyata tidak disetujui untuk dibayarkan karena tidak sesuai dengan ketentuan polis maupun peraturan lain yang berlaku, maka semua biaya yang timbul untuk pembuktian hubungan kepentingan asuransi, jika ada, tidak menjadi kewajiban perusahaan.
5. Dengan telah diterimanya pembayaran Manfaat Asuransi oleh Pemegang Polis atau Penerima Manfaat atau Pengaju Klaim dalam hal klaim telah disetujui oleh Perusahaan, maka Pemegang Polis atau Penerima Manfaat atau Pengaju Klaim menyatakan bahwa seluruh tanggung jawab Perusahaan yang terkait dengan Polis telah selesai dilaksanakan dan Pemegang Polis atau Penerima Manfaat atau Pengaju Klaim dengan ini membebaskan Perusahaan dari seluruh tanggung jawab hukum yang mungkin timbul di kemudian hari, apabila ada tuntutan dan/ atau gugatan hukum dari pihak manapun.

Tanda Tangan Pemegang Polis/Penerima Manfaat/Pengaju Klaim
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

Tempat:

Tanggal:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 / (tg/bn/thn)

Nama Jelas

Halaman 3/3



SURAT KUASA PEMBERIAN REKAM MEDIS
LETTER OF ATTORNEY FOR MEDICAL RECORDS

Yang bertanda tangan di bawah ini / *The Undersigned*

Nama / *Name* :

Tempat/Tanggal lahir / *Place/Date of birth* :

Alamat / *Address* :

No. KTP / *ID No* :

Hubungan dengan Tertanggung/Peserta :
Relationship with Life Assured

Saya/Kami memberikan kuasa kepada dokter / rumah sakit / klinik / laboratorium / puskesmas / petugas administrasi rumah sakit / paramedis (bidan/perawat) / perusahaan asuransi atau pihak-pihak lainnya untuk memberikan/melepas informasi riwayat kesehatan, penyakit, rawat jalan/rawat inap Saya/Kami atau data medis milik Saya / Suami / Istri / Anak / Orang Tua / Keluarga atas nama:

I / We hereby authorize the doctor / hospital / clinic / laboratory / health center / hospital administration officer / paramedic (midwife / nurse) / insurance company or other parties to provide / release information of medical history, illnesses, outpatient/inpatient or medical data of I / Husband / Wife / Child / Parent / Family on behalf of :

Nama / *Name* :

Tanggal lahir / *Date of Birth* :

kepada **PT Prudential Life Assurance (“Prudential”)** atau pihak lain yang ditunjuk oleh Prudential sehubungan dengan pengajuan klaim asuransi jiwa atas nama tersebut di atas. Sehubungan dengan hal tersebut di atas, dengan ini Saya/Kami bertanggung jawab atas pelepasan informasi atau data medis tersebut dan membebaskan serta tidak akan menuntut dokter / rumah sakit / klinik / laboratorium / puskesmas / petugas administrasi rumah sakit / paramedis (bidan/perawat) / perusahaan asuransi atau pihak-pihak lain dari segala konsekuensi hukum yang timbul atau mungkin timbul dari pihak manapun*. Surat Kuasa ini ditandatangani tanpa adanya tekanan/paksaan dari pihak manapun. Saya/Kami setuju salinan Surat Kuasa ini berlaku sama kuatnya seperti yang asli.

To PT Prudential Life Assurance (“Prudential”) or any other party designated by Prudential in connection with the filing of insurance claims on behalf of the above. In connection with the above, with this I / We are responsible for the release of information or medical data and free up and would not require the doctor / hospital / clinic / laboratory / health center / hospital administration officer / paramedic (midwife / nurse) / insurance companies or other parties of all legal consequences that arise or may arise from any party. This Letter of Attorney is signed without any pressure / coercion from any other party. I / We agree that a copy of this Letter of Attorney shall be as valid as the original.*

Tanggal / *date* :

Tanda tangan dan nama jelas / *Signature and name*

* Surat Kuasa ini tidak berakhir apabila tidak ada permintaan pembatalan dari Saya/Kami, maupun oleh sebab-sebab yang disebutkan dalam Pasal 1813, Pasal 1814 dan Pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia.
This Letter of Attorney shall not expire if there is no cancellation request submitted by me / us, as well as the causes mentioned in Article 1813, Article 1814 and Article 1816 of the Indonesian Civil Code.