

Laporan Kepolisian (Jika penyebab meninggal dunia karena kecelakaan)Apakah Kecelakaan ini dilaporkan kepada pihak yang berwajib? : Ya TidakNomor Laporan : Nama dan Lokasi Kantor Polisi : Hubungan Pengaju Klaim : Suami Istri Anak lainnya, mohon sebutkan : **Pertanggungjawaban di perusahaan Asuransi lain**Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan atau perusahaan asuransi lain? Ya TidakNama Perusahaan atau Perusahaan Asuransi lainnya: Nomor Polis: Nomor BPJS Pasien (Tertanggung): **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 : Indonesia Luar Negeri, sebutkan: Mata Uang : IDR USDNomor Rekening : Nama Pemilik Rekening : Nama Bank : Kantor Cabang : SWIFT Code/ABA/IBAN* **Wajib diisi untuk pembayaran yang ditujukan ke bank di luar negeri***Penerima Manfaat (II)**Alamat tempat tinggal saat ini : Indonesia Luar Negeri, sebutkan: Mata Uang : IDR USDNomor Rekening : Nama Pemilik Rekening : Nama Bank : Kantor Cabang : SWIFT Code/ABA/IBAN* **Wajib diisi untuk pembayaran yang ditujukan ke bank di luar negeri***Penerima Manfaat (III)**Alamat tempat tinggal saat ini : Indonesia Luar Negeri, sebutkan: Mata Uang : IDR USDNomor Rekening : Nama Pemilik Rekening : Nama Bank : Kantor Cabang : SWIFT Code/ABA/IBAN* **Wajib diisi untuk pembayaran yang ditujukan ke bank di luar negeri***Penerima Manfaat (IV)**Alamat tempat tinggal saat ini : Indonesia Luar Negeri, sebutkan: Mata Uang : IDR USDNomor Rekening : Nama Pemilik Rekening : Nama Bank : Kantor Cabang : SWIFT Code/ABA/IBAN* **Wajib diisi untuk pembayaran yang ditujukan ke bank di luar negeri*Tanda Tangan Pemegang Polis/Penerima Manfaat/Pengaju Klaim
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

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 ditandatangani 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/bln/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.