

FORMULIR KLAIM MANFAAT PRU *personal accident death & disablement*

- 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 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. Formulir Klaim **PRU** *personal accident death & disablement* yang telah diisi dengan benar dan lengkap,
2. Surat Keterangan Dokter untuk klaim Kecelakaan,
3. Catatan medis/ resume medis Tertanggung apabila diminta oleh PT Prudential Life Assurance,
4. Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan penunjang (jika ada),
5. Surat Keterangan Kepolisian jika Kecelakaan tersebut melibatkan pihak Kepolisian
6. Fotokopi kartu identitas diri (KTP / SIM / Paspor) yang masih berlaku,
7. Dokumen-dokumen lain yang wajar dan relevan dengan proses pertanggungan serta penyelesaian klaim

Data Diri Nasabah (wajib diisi semua)

Nomor Polis	:	<input type="text"/>
Nama Pemegang Polis	:	<input type="text"/>
Pasien (Tertanggung)	:	<input type="text"/>
Nomor Identitas Diri (ID) Pemegang Polis	:	<input type="text"/>
Nomor Telepon Pemegang Polis	:	<input type="text"/>

Dengan ini mengajukan Klaim Manfaat Cacat karena Kecelakaan dengan keterangan sebagai berikut (wajib diisi semua):

Tanggal dan Waktu Kejadian	:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (tgl/bln/thn) <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> (hh:mm:ss)
Tempat Kejadian	:	<input type="text"/>
Jabarkan secara lengkap bagaimana Kecelakaan terjadi	:	<input type="text"/>

Gambaran detail dari keadaan luka yang dialami (wajib diisi semua)

Anggota Tubuh	Kedadaan
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Berikan keterangan mengenai nama dan alamat Dokter/Rumah Sakit yang menangani (wajib diisi semua)

Nama Dokter	:	<input type="text"/>
Nama Rumah Sakit	:	<input type="text"/>

Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan atau perusahaan asuransi lain? Ya Tidak

Nama Perusahaan atau Perusahaan Asuransi lainnya: Nomor Polis:

Nomor BPJS Pasien (Tertanggung):

Mohon cantumkan nama bank dan kantor cabang serta nomor rekening Pemegang Polis untuk memudahkan pembayaran jika klaim ini disetujui (huruf cetak).

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	:	<input type="text"/>
Nama Bank	:	<input type="text"/>
Kantor Cabang	:	<input type="text"/>
SWIFT Code/ABA/IBAN*	:	<input type="text"/>

*Wajib diisi untuk pembayaran yang ditujukan ke bank di luar negeri

PERNYATAAN PEMEGANG POLIS DAN/ATAU TERTANGGUNG

Pemegang Polis dan/atau Tertanggung (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.

Tempat :	<input type="text"/>	Tanda Tangan & Nama Pemegang Polis (sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)	Tanda Tangan & Nama Tertanggung (sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)
Tanggal :	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (tgl/bln/thn)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Nama Jelas	Nama Jelas



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 Telepon/*Phone No*:

No. KTP/*ID No* :

Hubungan dengan Tertanggung/*Peserta* :
Relationship with the 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 Myself/Husband/Wife/Child/Parent/Family as follow:

Nama/*Name* :

Tanggal lahir/*Date of Birth* :

Kepada **PT Prudential Life Assurance (“Prudential Indonesia”)** atau pihak lain yang ditunjuk oleh Prudential Indonesia 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. 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.

To PT Prudential Life Assurance (“Prudential Indonesia”) or any other party designated by Prudential Indonesia 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. 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.

Tanggal/*date* :

Tanda tangan dan nama jelas/*Signature and name*