



R A H A S I A
Confidential

PT Prudential Life Assurance

Kantor Pusat :

Prudential Tower

Jl. Jend. Sudirman Kav.79, Jakarta 12910

Telp : (6221) 2995 8999

Fax : (6221) 2995 8899

E-mail : customer.idn@prudential.co.id

FORMULIR KLAIM
Cacat karena Kecelakaan

CLAIM FORM
Personal Accident & Disablement (PAD)

Formulir ini harus dilengkapi oleh Pemegang Polis dan dikembalikan kepada Penanggung disertai Surat Keterangan Dokter untuk Klaim Kecelakaan yang telah diisi oleh dokter yang merawat.

To be completed by the Policy Holder and returned to our Head Office together with a Medical Certificate Claim form for Accident completed by the doctor

Nomor Polis/ *Policy Numbers*

Pemegang Polis/ *Policy Holder*

Data Tertanggung/ *Data of The Life Assured*

1. Nama lengkap/ *Name*

2. Tanggal lahir/ *Date of Birth*

3. Alamat & No. Telepon
Address & Phone no.

4. Pekerjaan/ *Occupation*
(Mohon cantumkan nama perusahaan
/alamat dan nomor teleponnya)
Name of Company/ Position, address
& *tel.no.*

5. Tanggal dan waktu kejadian
Date and time of accident

| |
|--|
| |
|--|

6. Tempat kejadian
Place of accident

| |
|--|
| |
|--|

7. Apakah kecelakaan ini dilaporkan kepada pihak berwajib ? Jika tidak, mengapa ?
Is this accident reported to the Police ? If not why ?

| |
|--|
| |
|--|

8. Jabarkan secara lengkap bagaimana kecelakaan terjadi
Describe in detail how injuries sustained

| |
|--|
| |
|--|

9. Gambaran detail dari keadaan luka yang dialami
Detailed description of injuries

| <i>Anggota Tubuh/Part of the body</i> | <i>Keadaan/Condition</i> |
|---------------------------------------|--------------------------|
| | |

10. Nama dan alamat dokter/rumah sakit yang menangani
Name and doctor's address/hospital attended

| <i>Dokter/Rumah Sakit Doctor/Hospital</i> | <i>Alamat Address</i> |
|---|---------------------------|
| | |

11. Polis-polis dari perusahaan asuransi jiwa lain yang dimiliki
Other policies owned from other companies

| Perusahaan <i>Company</i> | No. Polis <i>Policy No</i> | Uang Pertanggungan <i>Sum Assured</i> |
|------------------------------|-------------------------------|--|
| | | |

12. Mohon cantumkan nama, cabang serta nomor rekening bank dari penerima manfaat untuk memudahkan pembayaran **jika klaim ini disetujui** (huruf cetak).
Please fill in your complete bank address, to transfer the funds once the claim is approved

| | |
|------------------------------------|--|
| No. Rek.Rp : <i>Rp. Account</i> | No. Rek.Dollar : <i>USD Account</i> |
| Nama : <i>Name</i> | Nama : <i>Name</i> |
| Nama Bank : <i>Bank</i> | Nama Bank : <i>Bank</i> |
| Cabang : <i>Branch</i> | Cabang: <i>Branch</i> |

Tanggal
Date

A l a m a t/No. Telp
Address/Phone no.

N a m a
Name

Tanda tangan
Signature

Formulir ini harus disertai syarat-syarat pengajuan klaim lainnya, yaitu :
This form should be accompanied with :

1. Formulir Klaim Keterangan Dokter untuk Klaim Kecelakaan
Medical certificate form for accident claim
2. Resume Medis dari dokter yang pernah merawat Tertanggung
Medical details from the attending physician
3. Foto kopi seluruh hasil pemeriksaan Laboratorium dan Radiologi
Photocopies of all laboratorium and radiology tests
4. Surat Berita Acara Kepolisian (asli) untuk kasus yang melibatkan pihak kepolisian
Original letter from the Police Department if the Police is involved

Dokumen-dokumen asli akan dikembalikan setelah dilegalisir oleh PT Prudential Life Assurance
Original docs will be returned after verified by PT Prudential Life Assurance

SURAT KUASA PEMBERIAN REKAM MEDIS

POWER OF ATTORNEY FOR MEDICAL RECORDS

Yang bertanda tangan dibawah ini/The Undersigned :

Nama/*Name* :
Umur/*Age* : tahun
Alamat/*Address* :
.....
.....
No. KTP/*ID No* :

Hubungan dengan Tertanggung :
Relationship with the Life Assured

Saya memberi kuasa kepada PT Prudential Life Assurance untuk mendapatkan informasi atau data medis (antara lain yang saya sebutkan pada kolom di bawah ini) **dari semua dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi atau dari pihak-pihak lain** yang terkait sehubungan dengan pengajuan klaim asuransi jiwa ini. **Saya setuju salinan surat ini berlaku sama kuatnya seperti yang asli.**

I/We hereby authorize PT Prudential Life Assurance to seek any medical information/ other details from doctors/ specialists or other sources and I also give My/our consent to the related parties to submit any information needed. I agree that a photocopy of this authorization shall be as valid as the original

Tanggal/*Date*:

Tandatangan/*Signature*