



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 Total dan Tetap

CLAIM FORM
Total and Permanent Disability

Formulir ini harus dilengkapi oleh Pemegang Polis dan dikembalikan kepada Penanggung disertai Surat Keterangan Dokter untuk Klaim Cacat Total dan Tetap 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 Total and Permanent Disability 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.

	Sebelum Cacat/ <i>Before Disabeled</i>	Sesudah Cacat/ <i>After Disabeled</i>	
4. Pekerjaan / <i>Occupation</i>			
5. Pendapatan rata-rata per bulan. <i>Average monthly income</i>			
6. Jika tidak bekerja lagi, uraikan aktifitas sehari-hari serta alasan untuk tidak bekerja lagi. <i>If unemployed, describe daily activities and reason of unemployed</i>			
7. Penyebab kecacatan : <i>Cause of disability</i>	Penyakit. <i>Disease</i>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> Tgl gejala mulai terjadi. <i>Date of first symptoms</i>	
	Kecelakaan <i>Accident</i>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> Tgl waktu kecelakaan <i>Date of Accident</i>	
8. Jika kecacatan disebabkan oleh kecelakaan, apakah kecelakaan tersebut dilaporkan kepada pihak berwajib ? Jika tidak, mengapa ? <i>If disability is caused by an accident, was it reported to the Police ? If not, why ?</i>			
9. Jelaskan secara detail semua gejala dan jenis perlukaan/kecacatan yang diderita. <i>Please explain in detail all symptoms and type of injuries/ disability</i>			
10. Tanggal terakhir bekerja <i>Date last employed</i>			

11. Perlu perawatan di : Tempat tidur. Rumah. Tidak kedua-duanya.
Needs nursing : in bed at home none

Lainnya. Sebutkan :
Others :

12. Mohon diberikan nama dan alamat dokter atau spesialis yang pernah dikunjungi sehubungan dengan keadaan ini.

Please give us the name and address of doctors/ specialists consulted due to this current condition

Tanggal Konsultasi <i>Consultation date</i>	Dokter/Spesialis <i>Doctor/Specialist</i>	Ala m a t <i>Address</i>

13. Jika pernah dirawat di rumah sakit, mohon diberikan rincian berikut

Please give us the following details if hospitalized

Nama Rumah Sakit <i>Name of hospital</i>	Tanggal Mulai Perawatan <i>Date of Admittance</i>	Tanggal Akhir Perawatan <i>Date of Discharge</i>

14. Polis-polis dari perusahaan asuransi jiwa lain yang dimiliki

Please mention all policies owned (if any), issued by other insurance companies

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

15. 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

Nama
Name

Tanda tangan
Signature

Ala m a t/No. Telp
Address/Phone no.

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

1. Formulir Klaim Keterangan Dokter untuk klaim Cacat Total dan Tetap
Medical certificate form for Total and Permanent Disability claim
2. Resume Medis dari dokter yang pernah merawat.
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 untuk cacat yang disebabkan oleh kecelakaan, dan melibatkan pihak kepolisian (asli)
Original letter from the Police Department if the Police is involved
5. Polis Asli / *Original Policy*

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*