

15010603/04

PT Prudential Life Assurance berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

FORMULIR KLAIM MANFAAT MENINGGAL DUNIA

- Yang berhak mengajukan klaim adalah Pemegang Polis. Jika Pemegang Polis meninggal dunia, yang berhak mengajukan klaim adalah Penerima Manfaat, dan/atau Pengaju Klaim (mohon mengacu pada ketentuan Polis).
- Formulir klaim ini hanya berlaku untuk Pemegang Polis dengan pengajuan klaim atas 1 (satu) nama Tertanggung dan 1 (satu) nomor Polis.
- Dalam hal Tertanggung memiliki manfaat pertanggungan sejenis di polis lainnya dan bersedia untuk mengajukan klaim pertanggungan yang sejenis tersebut, maka harap melampirkan formulir klaim yang berbeda.
- Mohon mengisi formulir ini dengan menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak dan seluruh tulisan di dalam kotak, jelas, dan memberi tanda (v) pada kotak jawaban yang sesuai.
- Mohon tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi dengan lengkap dan benar sebelum menandatangani.
- Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan dibubuhkan tanda tangan Pemegang Polis, Penerima Manfaat, dan/atau Pengaju Klaim di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri (KTP/Paspor) yang masih berlaku.
- Prudential berhak menunda keputusan klaim jika persyaratan kelengkapan dokumen pengajuan klaim (mengacu pada BAB VI) tidak lengkap. Layanan pengajuan klaim juga dapat dilihat pada *website* www.prudential.co.id/id/claims-support/claim/
- Data yang telah diisi pada formulir ini akan digunakan sebagai informasi untuk pengkinian data pada Polis Nasabah.

PERSYARATAN DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM

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

I. Data Diri Pemegang Polis (wajib diisi lengkap)

1. Nomor Polis :
2. Nama Pemegang Polis :
3. Hubungan dengan Tertanggung : ☐ Suami ☐ Istri ☐ Anak Kandung ☐ Orang tua ☐ Adik Kandung
☐ Kakak Kandung ☐ Kakek ☐ Nenek ☐ Cucu ☐ Mertua
☐ Menantu ☐ Paman ☐ Bibi ☐ Keponakan
☐ Lainnya:
4. Tempat dan Tanggal Lahir : - -
(tanggal) (bulan) (tahun)
5. Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita
6. Kewarganegaraan* : ☐ WNI ☐ WNA, sebutkan
7. NIK (bagi WNI)/Paspor (bagi WNA) :
8. Alamat Tinggal Saat Ini :
9. Negara Tinggal Saat Ini : ☐ Indonesia ☐ Lainnya, sebutkan
10. Pekerjaan :
11. Nomor Telepon :
12. Alamat E-mail :
13. Nama Gadis Ibu Kandung :

II. Data Diri Tertanggung yang diajukan untuk Klaim (wajib diisi lengkap)

1. Nama Tertanggung :
2. Tempat dan Tanggal Lahir : - -
(tanggal) (bulan) (tahun)
3. Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita
4. Kewarganegaraan* : ☐ WNI ☐ WNA, sebutkan
5. NIK (bagi WNI)/Paspor (bagi WNA) :
6. Pekerjaan :
7. Nomor Telepon :
8. Alamat E-mail :
9. Nama Gadis Ibu Kandung :

III. Data Pengajuan Klaim (wajib diisi lengkap)

1. Tanggal dan Jam Meninggal Dunia :
2. Penyebab Meninggal Dunia : ☐ Penyakit, tanggal gejala dirasakan : - -
(tanggal) (bulan) (tahun)
☐ Kecelakaan, tanggal waktu kecelakaa : - -
(tanggal) (bulan) (tahun)



15010603/04

PT Prudential Life Assurance berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

3. Proses Otopsi : ☐ Dilakukan otopsi, pada tanggal

- -
 (tanggal) (bulan) (tahun)

☐ Tidak dilakukan otopsi

4. Tempat Meninggal

☐ Rumah

☐ Rumah sakit

Nama Rumah Sakit

Nama Dokter

Tanggal perawatan

- -
 (tanggal) (bulan) (tahun)

Diagnosis

☐ Lainnya, sebutkan

5. Sebutkan informasi terkait penyakit lain yang selama ini pernah diderita Tertanggung pada tabel berikut ini:

Tgl Konsultasi/Perawatan	Nama Dokter	Jenis Penyakit	Nama Rumah Sakit/Klinik	No. Tlp Rumah Sakit/Klinik

6. Apakah Tertanggung diasuransikan : ☐ Ya, sebutkan

di perusahaan asuransi lain?

☐ Tidak

7. Sebutkan nomor BPJS Tertanggung :

8. Mohon memberi tanda (v) mengenai kelangsungan Premi Top Up Berkala (PRUSaver), jika ada (Jika tidak dipilih, PRUSaver akan diteruskan)

☐ Meneruskan PRUSaver untuk manfaat PRUWaiver yang telah disetujui dan jika ada keterlambatan dalam membayar PRUSaver maka Polis dapat menjadi lewat waktu (*Lapsed*) sesuai ketentuan Polis.

☐ Memberhentikan PRUSaver untuk manfaat PRUWaiver yang telah disetujui.

IV. Informasi Rekening Bank Pemegang Polis/Penerima Manfaat/Pengaju Klaim untuk Pembayaran jika Klaim disetujui

Khusus Pemegang Polis

1. Nama Pemilik Rekening :

2. Jenis Mata Uang :

☐ IDR ☐ Lainnya, sebutkan

3. Nomor Rekening :

4. Nama Bank :

5. Cabang/Unit :

6. Negara Bank :

☐ Indonesia ☐ Lainnya, sebutkan

7. SWIFT Code/ABA/IBAN* :

Khusus Penerima Manfaat dan/atau Pengaju Klaim (jika Pemegang Polis meninggal dunia)

Penerima Manfaat/Pengaju Klaim I

1. Nama Pemilik Rekening :

2. Jenis Kelamin :

☐ Pria ☐ Wanita

3. NIK (bagi WNI)/Paspor (bagi WNA) :

4. Tempat dan Tanggal Lahir :

- -
 (tanggal) (bulan) (tahun)

5. Status Pernikahan :

☐ Menikah ☐ Belum Menikah

6. Nama Gadis Ibu Kandung :

7. Alamat Tinggal Saat Ini :

Kota/Kabupaten :

Provinsi :

8. Nomor Telepon :

9. Alamat E-mail :

10. Hubungan dengan Tertanggung :

☐ Suami ☐ Istri ☐ Anak ☐ Orang tua

☐ Lainnya, yaitu

11. Pekerjaan Utama Penerima

Manfaat/Pengaju Klaim (Silakan mengacu pada Daftar Kode di catatan pinggir halaman 2-3 bagian Pilihan Pekerjaan)

Jika memilih kode 34, sebutkan pekerjaan Anda:

12. Alamat Tempat Bekerja :

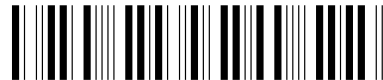
13. Nomor Telepon Tempat Bekerja :

14. Kewarganegaraan*

☐ WNI ☐ WNA, sebutkan

Daftar Kode Pekerjaan

No.	Pilihan Pekerjaan
1	Wirausaha Money Changer
2	Wirausaha Money Transfer
3	Wirausaha Travel Agent
4	Wirausaha Fuel Station
5	Wirausaha Parking Business
6	Wirausaha Minimarket/Supermarket
7	Wirausaha Forestry
8	Wirausaha Freight Forwarding
9	Wirausaha Property Selling
10	Wirausaha Gems and Jewelry
11	Wirausaha Gold/Precious Metal Investment
12	Wirausaha Luxurious Vehicle Dealer
13	Wirausaha Export/Import Natural Resources
14	Wirausaha Art & Antiques
15	Karyawan pada Perusahaan Keuangan (Bank, Asuransi, dll)



15010603/04

PT Prudential Life Assurance berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

15. Negara Tinggal Saat Ini : ☐ Indonesia ☐ Lainnya, sebutkan

16. Jenis Mata Uang : ☐ IDR ☐ Lainnya, sebutkan

17. Nomor Rekening :

18. Nama Bank :

19. Cabang/Unit :

20. Negara Bank : ☐ Indonesia ☐ Lainnya, sebutkan

21. SWIFT Code/ABA/IBAN* :

Penerima Manfaat/Pengaju Klaim II

1. Nama Pemilik Rekening :

2. Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita

3. NIK (bagi WNI)/Paspor (bagi WNA) :

4. Tempat dan Tanggal Lahir : - - (tanggal) - (bulan) - (tahun)

5. Status Pernikahan : ☐ Menikah ☐ Belum Menikah

6. Nama Gadis Ibu Kandung :

7. Alamat Tinggal Saat Ini :

Kota/Kabupaten :

Provinsi :

8. Nomor Telepon :

9. Alamat E-mail :

10. Hubungan dengan Tertanggung : ☐ Suami ☐ Istri ☐ Anak ☐ Orang tua
☐ Lainnya, yaitu

11. Pekerjaan Utama Penerima Manfaat/Pengaju Klaim (Silakan mengacu pada Daftar Kode di catatan pinggir halaman 2-3 bagian Pilihan Pekerjaan)

12. Alamat Tempat Bekerja :

13. Nomor Telepon Tempat Bekerja :

14. Kewarganegaraan* : ☐ WNI ☐ WNA, sebutkan

15. Negara Tinggal Saat Ini : ☐ Indonesia ☐ Lainnya, sebutkan

16. Jenis Mata Uang : ☐ IDR ☐ Lainnya, sebutkan

17. Nomor Rekening :

18. Nama Bank :

19. Cabang/Unit :

20. Negara Bank : ☐ Indonesia ☐ Lainnya, sebutkan

21. SWIFT Code/ABA/IBAN* :

Penerima Manfaat/Pengaju Klaim III

1. Nama Pemilik Rekening :

2. Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita

3. NIK (bagi WNI)/Paspor (bagi WNA) :

4. Tempat dan Tanggal Lahir : - - (tanggal) - (bulan) - (tahun)

5. Status Pernikahan : ☐ Menikah ☐ Belum Menikah

6. Nama Gadis Ibu Kandung :

7. Alamat Tinggal Saat Ini :

Kota/Kabupaten :

Provinsi :

8. Nomor Telepon :

9. Alamat E-mail :

10. Hubungan dengan Tertanggung : ☐ Suami ☐ Istri ☐ Anak ☐ Orang tua
☐ Lainnya, yaitu

11. Pekerjaan Utama Penerima Manfaat/Pengaju Klaim (Silakan mengacu pada Daftar Kode di catatan pinggir halaman 2-3 bagian Pilihan Pekerjaan)

12. Alamat Tempat Bekerja :

16	Karyawan pada Non Perusahaan Keuangan
17	Ibu Rumah Tangga
18	Pelajar/Mahasiswa
19	Perwira Tinggi Polisi
20	Perwira Tinggi TNI
21	Perwira Menengah Polisi
22	Perwira Menengah TNI
23	Anggota Polisi
24	Anggota TNI
25	Pegawai Negeri Sipil
26	Pejabat Pemerintahan Pusat/Daerah/BUMN/BUMD/ Lembaga Pemerintah Lainnya
27	Hakim/Jaksa/Panitera Pengadilan Lainnya/ Anggota Legislatif Pusat/Daerah
28	Profesional Lawyer
29	Profesional Curator
30	Profesional Notary Public
31	Profesional Accountant
32	Profesional Financial Planner
33	Profesional Tax Consultant
34	Lainnya (sebutkan pekerjaan Anda)

Jika memilih kode 34, sebutkan pekerjaan Anda:



15010603/04

PT Prudential Life Assurance berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

13. Nomor Telepon Tempat Bekerja	:																				
14. Kewarganegaraan*	:	☐ WNI	☐ WNA, sebutkan																		
15. Negara tinggal saat ini	:	☐ Indonesia	☐ Lainnya, sebutkan																		
16. Jenis mata Uang	:	☐ IDR	☐ Lainnya, sebutkan																		
17. Nomor Rekening	:																				
18. Nama Bank	:																				
19. Cabang/Unit	:																				
20. Negara Bank	:	☐ Indonesia	☐ Lainnya, sebutkan																		
21. SWIFT Code/ABA/IBAN*	:																				

Penerima Manfaat/Pengaju Klaim IV

1. Nama Pemilik Rekening	:																									
2. Jenis Kelamin	:	☐ Pria	☐ Wanita																							
3. NIK (bagi WNI)/Paspor (bagi WNA)	:																									
4. Tempat dan Tanggal Lahir	:																			-		-		(tanggal)	(bulan)	(tahun)

5. Status Pernikahan	:	☐ Menikah	☐ Belum Menikah																		
6. Nama Gadis Ibu Kandung	:																				
7. Alamat Tinggal Saat Ini	:																				
	:																				
Kota/Kabupaten	:																				
Provinsi	:																				
8. Nomor Telepon	:																				
9. Alamat E-mail	:																				
10. Hubungan dengan Tertanggung	:	☐ Suami	☐ Istri	☐ Anak	☐ Orang tua																
	:	☐ Lainnya, yaitu																			

11. Pekerjaan Utama Penerima Manfaat/Pengaju Klaim (Silakan mengacu pada Daftar Kode di catatan pinggir halaman 2-3 bagian Pilihan Pekerjaan)	:																				
12. Alamat Tempat Bekerja	:																				

13. Nomor Telepon Tempat Bekerja	:																				
14. Kewarganegaraan*	:	☐ WNI	☐ WNA, sebutkan																		
15. Negara Tinggal Saat Ini	:	☐ Indonesia	☐ Lainnya, sebutkan																		
16. Jenis Mata Uang	:	☐ IDR	☐ Lainnya, sebutkan																		
17. Nomor Rekening	:																				
18. Nama Bank	:																				
19. Cabang/Unit	:																				
20. Negara Bank	:	☐ Indonesia	☐ Lainnya, sebutkan																		
21. SWIFT Code/ABA/IBAN*	:																				

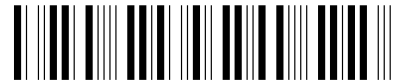
Penerima Manfaat/Pengaju Klaim V

1. Nama Pemilik Rekening	:																									
2. Jenis Kelamin	:	☐ Pria	☐ Wanita																							
3. NIK (bagi WNI)/Paspor (bagi WNA)	:																									
4. Tempat dan Tanggal Lahir	:																			-		-		(tanggal)	(bulan)	(tahun)

5. Status Pernikahan	:	☐ Menikah	☐ Belum Menikah																		
6. Nama Gadis Ibu Kandung	:																				
7. Alamat Tinggal Saat Ini	:																				
	:																				
Kota/Kabupaten	:																				
Provinsi	:																				
8. Nomor Telepon	:																				
9. Alamat E-mail	:																				
10. Hubungan dengan Tertanggung	:	☐ Suami	☐ Istri	☐ Anak	☐ Orang tua																
	:	☐ Lainnya, yaitu																			

11. Pekerjaan Utama Penerima Manfaat/Pengaju Klaim (Silakan mengacu pada Daftar Kode di catatan pinggir halaman 2-3 bagian Pilihan Pekerjaan)	:																				
12. Alamat Tempat Bekerja	:																				

Jika memilih kode 34, sebutkan pekerjaan Anda:



15010603/04

PT Prudential Life Assurance berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.

B. Pernyataan Penerima Manfaat (atau pihak lain yang tidak pernah menandatangani SPAJ)

1. Penerima Manfaat (selanjutnya dalam bagian huruf B ini disebut sebagai "Saya/Kami") menyatakan dan memahami bahwa sebagai bagian dari proses pengajuan permohonan asuransi, permohonan Pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis, dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya) serta keberlangsungan Polis, Pemegang Polis, Tertanggung, Pembayar Premi dan/atau pihak terkait lainnya telah memberikan data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta kepada Prudential Indonesia, sebagaimana tercantum dalam SPAJ, formulir Pemulihan Polis, formulir perubahan Polis serta setiap formulir dan dokumen lainnya (termasuk setiap dokumen atau formulir yang diberikan kepada Prudential Indonesia setelah berlakunya Polis) ("**Dokumen Permohonan**"), yang mana yang sesuai dengan keadaannya (seluruhnya disebut sebagai "**Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya**").
2. Saya/Kami dengan ini menyatakan bahwa Saya/Kami tidak berhak dan tidak akan membantah, menyanggah, mempertanyakan dan/atau mempermasalahkan kebenaran Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya. Saya/Kami juga menyatakan bahwa Saya/Kami menerima seluruh ketentuan Polis (termasuk Endorsemen, jika ada).
3. Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya/Kami berikan dalam Formulir Klaim Manfaat Meninggal Dunia ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Prudential Indonesia sebagai bagian dari pengajuan permohonan klaim Manfaat Asuransi ("**Informasi Konsumen**"), adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya/Kami sembunyikan.
4. Apabila sebagian atau seluruh (i) Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya; dan/atau (ii) Informasi Konsumen ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang Saya/Kami sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Klaim Manfaat Meninggal Dunia ini, Saya/Kami SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika Prudential Indonesia melakukan hal-hal berikut ini:
 - a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - b. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - c. Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Prudential Indonesia juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai yang ada dalam Polis (jika ada) dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan.

(Tempat)

(tanggal)

(bulan)

(tahun)

Tanda Tangan & Nama Pemegang Polis

(Sesuai dengan identitas yang berlaku)

Nama Jelas : _____

Tanda Tangan & Nama Penerima Manfaat/Pengaju Klaim I

(Sesuai dengan identitas yang berlaku)

Nama Jelas : _____

Tanda Tangan & Nama Penerima Manfaat/Pengaju Klaim II

(Sesuai dengan identitas yang berlaku)

Nama Jelas : _____

Tanda Tangan & Nama Penerima Manfaat/Pengaju Klaim III

(Sesuai dengan identitas yang berlaku)

Nama Jelas : _____

Tanda Tangan & Nama Penerima Manfaat/Pengaju Klaim IV

(Sesuai dengan identitas yang berlaku)

Nama Jelas : _____

Tanda Tangan & Nama Penerima Manfaat/Pengaju Klaim V

(Sesuai dengan identitas yang berlaku)

Nama Jelas : _____

CLM/FORM/DC/JAN-2026



15011401

SURAT KUASA PEMBERIAN DATA MEDIS
POWER OF ATTORNEY FOR MEDICAL DATA

Saya yang bertanda tangan di bawah ini/*The Undersigned*

Nama Tertanggung/Pemegang Polis/Penerima Manfaat* :
*Name of Life Assured/Policy Owner/Beneficiary**
Tempat/Tanggal lahir/*Place/Date of birth* :
Alamat/*Address* :
No. KTP/*ID No* :
Hubungan dengan Tertanggung :
Relationship with the Life Assured

(*) Dapat diisi oleh Pemegang Polis apabila Tertanggung tidak cakap hukum/sakit/meninggal dunia dan dapat diisi oleh Penerima Manfaat dalam hal Tertanggung sama dengan Pemegang Polis dan tidak cakap hukum/sakit/meninggal dunia.
Can be filled by Policy Owner if the Life Assured legally incapable/ill/deceased and can be filled by Beneficiary if the Life Assured same with Policy Owner and legally incapable/ill/deceased.

Dengan ini memberi kuasa dan izin kepada Dokter/Paramedis/Petugas Administrasi Rumah Sakit/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium/Perusahaan Asuransi/Perusahaan Reasuransi/Badan/Instansi/Lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan/informasi riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Tertanggung, untuk mengungkapkan atau memberikan kepada PT Prudential Life Assurance ("Prudential Indonesia") semua catatan/informasi riwayat kesehatan atau perawatan atau informasi lain mengenai diri Tertanggung.

I authorize the Doctor/Paramedic/administration Hospital Staff /Hospital Clinic/Public Health Centre/Laboratory/Insurance company/Reinsurance company/Institution or other parties, that has a medical history records/ information or other information about the Insured to disclose or give to PT Prudential Life Assurance ("Prudential Indonesia") all medical history records/information or treatments or other information about the insured.

Saya juga memberikan kuasa dan izin kepada Prudential Indonesia untuk meminta dan atau memberikan catatan riwayat kesehatan Tertanggung atau informasi lain mengenai diri Tertanggung yang diperoleh dari setiap Dokter/Paramedis/Petugas Administrasi Rumah Sakit/Rumah Sakit /Klinik/Puskesmas/Laboratorium/Perusahaan Asuransi/Perusahaan Reasuransi/Badan/Instansi/Lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan/informasi riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Tertanggung /Peserta kepada Tenaga Pemasar/Perusahaan Asuransi/Perusahaan Reasuransi/Badan/Instansi/Lembaga atau pihak lain yang berkepentingan.

I also authorize to Prudential Indonesia to request and/or provide medical history records of Life Assured or other information about the Insured which obtained from Doctor/Paramedic/Administration Hospital Staff/Hospital/Clinic/Public Health Centre/Laboratory/Insurance company/Reinsurance Company/Institution or other parties to the Sales Force/Insurance Company, Institution or other interested parties.

Nama Tertanggung
Name of Life Assured :
Tanggal Lahir/*Date of Birth* :

Schubungan dengan hal tersebut di atas, dengan ini saya bertanggung jawab atas pelepasan informasi atau data medis tersebut dan membebaskan serta tidak akan menuntut Dokter/Paramedis/Petugas Administrasi Rumah Sakit/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium/Perusahaan Asuransi/Perusahaan Reasuransi/Badan/Instansi/Lembaga atau pihak lain yang memberikan catatan/informasi riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Tertanggung dari segala konsekuensi hukum yang timbul atau mungkin timbul dari pihak manapun. Saya setuju bahwa salinan Surat Kuasa ini berlaku sama kuatnya seperti yang asli. Surat Kuasa ini tidak berakhir apabila tidak ada permintaan pembatalan dari Saya, maupun oleh sebab-sebab yang disebutkan dalam Pasal 1813, Pasal 1814, dan Pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia.

Related to the above, I am hereby responsible for the release of information or medical data and will release and not sue Doctor/Paramedic/Administration Hospital Staff/Hospital/Clinic/Public Health Centre/Laboratory/Insurance company/Reinsurance company/Institution 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 am agreed 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, as well as the causes mentioned in Article 1813, Article 1814, and Article 1816 of the Indonesian Civil Code.

Tempat dan Tanggal/*Place and dated:*

Tanda Tangan dan Nama Tertanggung/Pemegang
Polis/Penerima Manfaat**
*Signature and Name of Life Assured/Policy
Owner/Beneficiary***

Materai Rp10.000,-

(**) Coret yang tidak perlu/*Cross the unnecessary ones*