



15010616

PT Prudential Life Assurance berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

FORMULIR KLAIM MANFAAT PENYAKIT KRITIS ANAK (PRU *juvenile crisis cover*)

- 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, Tertanggung, Penerima Manfaat, dan/atau Pengaju Klaim di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri (KTP/Paspor) yang masih berlaku.
- Kami berhak menunda klaim, jika persyaratan kelengkapan dokumen pengajuan klaim tidak lengkap.

PERSYARATAN DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM

1. Formulir Klaim Penyakit Kritis Anak PRU *juvenile crisis cover* yang telah diisi dengan benar dan lengkap,
2. Surat Keterangan Dokter untuk klaim Kondisi kritis sesuai dengan jenis Kondisi Kritis yang dialami Tertanggung,
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. Dokumen-dokumen lain yang wajar dan relevan dengan proses pertanggungan serta penyelesaian klaim.

I. Data Diri Nasabah (wajib diisi lengkap)

1. Nomor Polis :
2. Nama Pemegang Polis :
3. Pasien (Tertanggung) :
4. Nomor Identitas Diri (ID) Pemegang Polis (NIK bagi WNI/Paspor bagi WNA) :
5. Nomor Telepon Pemegang Polis (No. Handphone/Rumah yang aktif dan dapat dihubungi) :

 -

(kode area)

II. Dengan ini mengajukan Klaim sebagai berikut: (wajib diisi)

 Jenis Kondisi Kritis yang akan diklaim :

III. Berikan keterangan mengenai konsultasi pertama kali dengan Dokter sehubungan dengan Kondisi Kritis diatas: (wajib diisi)

1. Tanggal :

 -

 -

(tanggal) (bulan) (tahun)
2. Nama Dokter :
3. Nama Rumah Sakit/Klinik :
4. Jenis Penyakit :

IV. Sebutkan Dokter atau Rumah Sakit lain, yang pernah dikunjungi sebelumnya sehubungan dengan Kondisi Kritis tersebut

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

V. Riwayat Penyakit Keluarga

Nama	Hubungan Keluarga	Usia	Jenis Penyakit

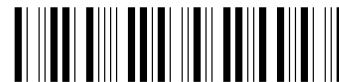
1. Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain? ☐ Ya, sebutkan:

Nomor Polis:

☐ Tidak
2. Sebutkan nomor BPJS Tertanggung :
3. Pemegang Polis, Penerima Manfaat, dan/atau Pengaju Klaim ("Saya/Kami") bersedia untuk memproses semua manfaat berkaitan dengan jenis manfaat yang dipilih pada formulir untuk semua Polis aktif yang Saya/Kami miliki sesuai dengan ketentuan Polis yang berlaku.
(Apabila nasabah tidak memilih opsi ini, maka PT Prudential Life Assurance ("Prudential") hanya akan memproses manfaat untuk nomor polis yang dicantumkan)
☐ Ya ☐ Tidak

VI. Mohon cantumkan nama Bank dan kantor cabang serta nomor rekening Pemegang Polis, Penerima Manfaat, dan/atau Pengaju Klaim untuk memudahkan pembayaran jika klaim ini disetujui (huruf cetak).

1. Alamat Tempat Tinggal Saat Ini : ☐ Indonesia ☐ Luar Negeri, sebutkan:
2. Nama Pemilik Rekening :
3. Jenis Mata Uang : ☐ IDR ☐ Lainnya, sebutkan:
4. Nomor Rekening :
5. Nama Bank :
6. Cabang/Unit :
7. Negara Bank : ☐ Indonesia ☐ Lainnya, sebutkan:



15010616

PT Prudential Life Assurance berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

8. SWIFT Code/ABA/IBAN*

:

*Formulir deklarasi diri dapat diunduh di website <https://www.prudential.co.id/id>. wajib diisi untuk pembayaran ditujukan ke Bank di luar negeri.

Segala kesalahan penulisan data rekening menjadi tanggung jawab Pemegang Polis, Penerima Manfaat, dan/atau Pengaju Klaim.

Catatan: Apabila data rekening yang dituliskan pada formulir tidak sesuai dan/atau tidak aktif maka Pemegang Polis, Penerima Manfaat, dan/atau Pengaju Klaim mengizinkan serta memberikan kewenangan kepada Prudential Indonesia untuk membayarkan manfaat klaim ke rekening Pemegang Polis, Penerima Manfaat, dan/atau Pengaju Klaim lainnya yang terdaftar di sistem Prudential Indonesia dan/atau yang pernah digunakan untuk proses pengajuan klaim sebelumnya (jika ada). Pemegang Polis, Penerima Manfaat, dan/atau Pengaju Klaim membebaskan dan melepaskan Prudential Indonesia atas seluruh tuntutan, tindakan hukum dan permintaan ganti rugi dalam bentuk apapun terkait dengan proses tersebut.

VII. PERSETUJUAN PEMBERIAN DATA DAN/ATAU INFORMASI PRIBADI KEPADA PIHAK LAIN

Pemegang Polis, Tertanggung, Penerima Manfaat, dan/atau Pengaju Klaim (Selanjutnya disebut "Saya/Kami") menyatakan bahwa:

Memahami, menyetujui, serta mengizinkan bahwa Prudential Indonesia dari waktu ke waktu dapat mengumpulkan, menyimpan, memproses, dan mempergunakan dan membagikan Data Pribadi (termasuk namun tidak terbatas pada nama, alamat surat menyurat, alamat *e-mail*, nomor telepon rumah, nomor *handphone*, kontak, data kesehatan maupun informasi lainnya) yang Saya/Kami berikan dalam Formulir ini, serta informasi terkait Polis Saya/Kami termasuk memberikannya kepada pihak ketiga sepanjang dianggap perlu oleh Penanggung dalam rangka pemrosesan pengajuan klaim yang Saya/Kami ajukan dan untuk tujuan lain sehubungan dengan pertanggungannya Saya/Kami berdasarkan Polis, dengan tunduk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku. Saya/Kami bersedia untuk dihubungi oleh Penanggung, Tenaga Pemasar atau pihak lain yang ditunjuk oleh Penanggung melalui sarana komunikasi pribadi dan menyetujui bahwa komunikasi tersebut dapat terkirim baik pada atau di luar hari/jam kerja.

Adapun rincian mengenai tujuan dan pihak lain yang dapat memperoleh dan/atau memproses data pribadi dapat dilihat pada pemberitahuan privasi yang dapat diakses pada <https://bit.ly/PRUPemberitahuanPrivasi> yang dapat diperbaharui oleh Prudential Indonesia dari waktu ke waktu.

VIII. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS DAN/ATAU TERTANGGUNG DAN/ATAU PENERIMA MANFAAT MENGENAI PENGISIAN & PENYAMPAIAN DATA DAN/ATAU INFORMASI BERLANDASAN IKTIKAD TERBAIK (*UTMOST GOOD FAITH*)

A. Pernyataan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung

- Pemegang Polis dan/atau Tertanggung (selanjutnya dalam bagian A ini disebut sebagai "Saya/Kami") memahami bahwa Saya/Kami memiliki kewajiban untuk bertindak dengan itikad terbaik (*utmost good faith*) dalam (i) pengajuan permohonan asuransi, permohonan Pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis, dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya); dan (ii) pengajuan klaim Manfaat Asuransi ("**Pemohonan Konsumen**"). Oleh karena itu, Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami wajib, dan telah mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang dapat memengaruhi pertimbangan Prudential Indonesia dalam menerima atau menolak suatu Permohonan Konsumen dan/atau menetapkan jumlah Premi.
- Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya/Kami berikan ("**Informasi Konsumen**") dalam SPAJ, formulir Pemulihan Polis, formulir perubahan Polis, formulir klaim Manfaat Asuransi serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Prudential Indonesia ("**Dokumen Permohonan**") sebagai bagian dari pengajuan Permohonan 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, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja.
- Apabila Informasi Konsumen tersebut dalam butir (2) 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 Penyakit Kritis Anak ini, Saya/Kami SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika Prudential Indonesia melakukan hal-hal berikut ini:
 - Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau terbatas pada Asuransi Tambahan (jika diadakan), dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi Dasar dan Asuransi Tambahan, jika diadakan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan, Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
 - Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau terbatas pada Asuransi Tambahan, jika diadakan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi Dasar dan Asuransi Tambahan, jika diadakan), apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya/Kami juga menyetujui bahwa Prudential Indonesia hanya akan membayarkan nilai yang setara dengan Nilai Penebusan (jika ada) atau Nilai Tunai (jika ada) sesuai dengan ketentuan Polis.
 - Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Asuransi Dasar dan/atau setiap Asuransi Tambahan (jika diadakan)), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan dari Polis, menyesuaikan Uang Pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - 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 Saya/Kami (jika ada) dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan; Atas hal tersebut, Saya/Kami wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi tersebut.
- Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya/Kami dengan ini menegaskan bahwa:
 - Penandatanganan Formulir Klaim Manfaat Penyakit Kritis Anak ini oleh Saya/Kami merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Prudential Indonesia jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 3; dan
 - Saya/Kami setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-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)

- 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**").
- 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).
- Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya/Kami berikan dalam Formulir Klaim Manfaat Penyakit Kritis Anak 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



15010616

PT Prudential Life Assurance berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

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 Penyakit Kritis Anak ini, Saya/Kami SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika Prudential Indonesia melakukan hal-hal berikut ini:

- Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
- Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
- 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 : - -
(tanggal) (bulan) (tahun)

Tanda Tangan & Nama Pemegang Polis/Penerima Manfaat/Pengaju Klaim*

(Sesuai dengan identitas yang berlaku)

Nama Jelas :
Tanggal Lahir :
NIK/Paspor :

*Diisi oleh Penerima Manfaat dan/atau Pengaju Klaim jika Pemegang Polis telah meninggal dunia

CLM/FORM/JCC/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*