



PT Prudential Life Assurance berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

FORMULIR KLAIM MANFAAT PENYAKIT KRITIS

- 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 Kondisi Kritis yang telah diisi dengan benar dan lengkap,
2. Surat Keterangan Dokter untuk klaim Kondisi Kritis sesuai dengan jenis Kondisi Kritis yang dialami oleh 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 / SIM / Paspor) yang masih berlaku,
6. Surat / Penetapan ganti nama (jika ada)
7. Dokumen-dokumen lain yang wajar dan relevan dengan proses pertanggungan serta penyelesaian klaim

Data Diri Nasabah (wajib diisi semua)

Nomor Polis	:	
Nama Pemegang Polis	:	
Pasien (Tertanggung)	:	
Nomor Identitas Diri (ID) Pemegang Polis	:	
Nomor Telepon Pemegang Polis	:	

Dengan ini mengajukan Klaim sebagai berikut (wajib diisi semua) :

Jenis Klaim	:	☐ PRU _{crisis cover 34} (CC) ☐ PRU _{crisis cover benefit 34} (CCB) ☐ PRU _{waiver} / ☐ PRU _{payor} / ☐ PRU _{spouse waiver} / ☐ PRU _{spouse payor} / ☐ PRU _{parent payor}	☐ PRU _{multiple crisis cover} (MCC) ☐ PRU _{crisis cover plus} (CCP) ☐ PRU _{crisis income} (CI) ☐ PRU _{early stage crisis cover} (ESCC)
-------------	---	---	---

Jenis Kondisi Kritis yang akan diklaim	:	
--	---	--

Berikan keterangan mengenai konsultasi pertama kali dengan Dokter sehubungan dengan Kondisi Kritis di atas

Tanggal	:		/		/			(tg/bln/thn)
Nama Dokter	:							
Nama Rumah Sakit	:							
Jenis Penyakit	:							

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

	Tanggal	Jenis Penyakit	Nama Dokter	Nama Rumah Sakit
1)		1)		1)
2)		2)		2)

Riwayat Penyakit keluarga

	Nama	Hubungan Keluarga	Usia	Jenis Penyakit
1)		1)		1)
2)		2)		2)

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	:	☐ Indonesia ☐ Luar Negeri, sebutkan :
Mata Uang	:	☐ IDR ☐ USD
Nomor Rekening	:	
Nama	:	
Nama Bank	:	
Kantor Cabang	:	
SWIFT Code/ABA/IBAN*	:	

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

Mohon berikan informasi kepada kami dengan memberi tanda (✓) mengenai kelangsungan Premi Top Up Berkala (PRU_{saver}) (Jika ada), apakah ingin berhenti atau meneruskan?

- ☐ Memberhentikan PRU_{saver} / PRU_{saver syariah} untuk manfaat PRU_{waiver} yang telah disetujui.
☐ Meneruskan PRU_{saver} / PRU_{saver syariah} untuk manfaat PRU_{waiver} yang telah disetujui dan jika ada keterlambatan dalam membayar PRU_{saver} / PRU_{saver syariah} maka Polis dapat menjadi lewat waktu (Lapse) sesuai ketentuan Polis.

PERNYATAAN PEMEGANG POLIS DAN/ATAU TERTANGGUNG ATAU PENERIMA MANFAAT

Pemegang Polis dan/atau Tertanggung atau Penerima Manfaat (selanjutnya disebut "Saya/Kami") menyatakan bahwa:

1. Semua keterangan yang Saya/Kami berikan di dalam Formulir ini dan keterangan lain yang Saya/Kami berikan kepada PT Prudential Life Assurance (selanjutnya disebut "Prudential") atau kepada pihak lain yang ditunjuk oleh Prudential (sebagaimana relevan) dan/atau keterangan yang tertulis di dalam dokumen lain yang menjadi kelengkapan dan tidak terpisahkan dari Formulir ini adalah benar, sesuai, akurat, dan tidak menyesatkan, serta tidak ada hal-hal lain yang telah Saya/Kami ketahui namun Saya/Kami sembunyikan dan/atau tidak Saya/Kami informasikan kepada Prudential.
2. Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya/Kami.
3. Memahami, menyetujui serta mengizinkan bahwa Prudential 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 atau untuk tujuan lain sehubungan dengan pertanggungan Saya/Kami berdasarkan Polis, dengan tunduk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku. 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 dari waktu ke waktu.

Tanda Tangan & Nama Pemegang Polis/Penerima Manfaat
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

Tanda Tangan & Nama Tertanggung
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

Tempat :

Tanggal :

(tgl/bln/thn)

--

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. KTP / *ID No* :

Hubungan dengan Tertanggung/Peserta :
Relationship with 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 I / Husband / Wife / Child / Parent / Family on behalf of :

Nama / *Name* :

Tanggal lahir / *Date of Birth* :

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

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

Tanggal / *date* :

Tanda tangan dan nama jelas / *Signature and name*

* 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.

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.