



PT Prudential Life Assurance berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

### FORMULIR KLAIM MANFAAT PRU<sub>my child</sub>

- 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 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 PRU<sub>my child</sub> yang telah diisi dengan benar dan lengkap (asli),
2. Surat Keterangan Dokter PRU<sub>my child</sub> yang telah diisi dengan lengkap dan jelas oleh Dokter yang merawat Tertanggung (asli),
3. Kuitansi dan rincian biaya perawatan dari Dokter tersebut, termasuk biaya obat-obatan dan jasa yang diberikan (asli),
4. Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan penunjang (jika ada),
5. Fotokopi kartu identitas diri (KTP / SIM / Paspor) yang masih berlaku,
6. Dokumen-dokumen lain yang wajar dan relevan dengan proses pertanggungan serta penyelesaian klaim

#### Data Diri Nasabah (wajib diisi semua)

Nomor Polis	:	<input type="text"/>
Nama Pemegang Polis	:	<input type="text"/>
Pasien (Tertanggung)	:	<input type="text"/>
Nomor Identitas Diri (ID) Pemegang Polis	:	<input type="text"/>
Nomor Telepon Pemegang Polis	:	<input type="text"/>

#### Dengan ini mengajukan Klaim sebagai berikut :

Jenis Klaim	:	<input type="checkbox"/> Manfaat Rawat Inap	<input type="checkbox"/> Manfaat Komplikasi Kehamilan	<input type="checkbox"/> Manfaat Meninggal Calon Bayi / Bayi
		<input type="checkbox"/> Manfaat Kelainan Bawaan	<input type="checkbox"/> Manfaat Komplikasi Kelahiran	<input type="checkbox"/> Manfaat Meninggal Ibu

#### Berikan keterangan mengenai konsultasi pertama kali dengan Dokter sehubungan dengan Kondisi klaim diatas (wajib diisi semua)

Tanggal	:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (tgl/bln/thn)
Nama Dokter	:	<input type="text"/>
Nama Rumah Sakit	:	<input type="text"/>
Jenis Penyakit	:	<input type="text"/>

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

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

#### Rawat Inap di Rumah Sakit (jika pernah ada)

Tanggal Perawatan	:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> s.d <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (tgl/bln/th)
Nama Rumah Sakit	:	<input type="text"/>

 Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan atau perusahaan asuransi lain?  Ya  Tidak

Nama Perusahaan atau Perusahaan Asuransi lainnya:	<input type="text"/>	Nomor Polis:	<input type="text"/>
Nomor BPJS Pasien (Tertanggung):	<input type="text"/>		

#### 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	:	<input type="checkbox"/> Indonesia	<input type="checkbox"/> Luar Negeri, sebutkan :	<input type="text"/>
Mata Uang	:	<input type="checkbox"/> IDR	<input type="checkbox"/> USD	
Nomor Rekening	:	<input type="text"/>		
Nama	:	<input type="text"/>		
Nama Bank	:	<input type="text"/>		
Kantor Cabang	:	<input type="text"/>		
SWIFT Code/ABA/IBAN*	:	<input type="text"/>		

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

**PERNYATAAN PEMEGANG POLIS ATAU PENERIMA MANFAAT**

Pemegang Polis 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 ditandatanganinya 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 pertanggungans 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)*

Tempat :   
Tanggal :  /  /  (tgl/bln/thn)

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.*