

FORMULIR KLAIM MANFAAT KLAIM MENINGGAL DUNIA (PRULink Syariah Assurance Account)

- 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 Klaim 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 Peserta (Yang Diasuransikan) di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku

PERSYARATAN DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM

1. Polis (asli),
2. Formulir Klaim Meninggal Dunia yang telah diisi dengan benar dan lengkap, serta ditandatangani oleh Pemegang Polis atau Penerima Manfaat Polis,
3. Surat Keterangan Dokter untuk klaim meninggal dunia yang telah diisi dengan lengkap dan jelas oleh Dokter,
4. Catatan medis/resume medis Peserta (Yang Diasuransikan) apabila diminta oleh PT Prudential Sharia Life Assurance,
5. Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan penunjang (jika ada),
6. Fotokopi kartu identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku
7. Surat Keterangan Kematian dari Pemerintah setempat,
8. Fotokopi Surat Perubahan/Penetapan ganti nama Pemegang Polis, Peserta (Yang Diasuransikan) dan Penerima Manfaat (jika perubahan nama pernah dilakukan),
9. Surat Berita Acara Kepolisian (asli) jika Peserta (Yang Diasuransikan) meninggal dunia karena kecelakaan yang melibatkan pihak kepolisian,
10. Dokumen-dokumen lain yang wajar dan relevan dengan proses kepesertaan serta penyelesaian klaim
11. Identitas yang diperlukan untuk menerima manfaat kepesertaan:
 - Dokumen Penetapan ahli waris Peserta (Yang Diasuransikan) yang dikeluarkan oleh institusi yang berwenang
 - Surat Kuasa Penunjukkan pemberian manfaat klaim kepada salah satu ahli waris Peserta (Yang Diasuransikan) (jika ahli waris ditetapkan lebih dari satu)

Data Diri Nasabah (wajib diisi semua)

Nomor Polis	:										
Nama Pemegang Polis	:										
Nama Peserta (Yang Diasuransikan*)/ Pasien	:										
Nomor Identitas Diri Peserta (Yang Diasuransikan) (ID)	:										
Jenis Kelamin	:	Pria					Wanita				
Jenis Klaim	:	Meninggal karena Penyakit					Meninggal karena Kecelakaan				
Tanggal Lahir & Usia	:	/		/							Tahun
Tanggal Meninggal dan Jam Meninggal	:	/		/							: (hh:mm)
Tempat Meninggal	:	Rumah Sakit			Rumah			lainnya, mohon sebutkan :			
Nama Rumah Sakit	:										
Pekerjaan Peserta (Yang Diasuransikan) saat meninggal	:										
Nama Perusahaan Peserta (Yang Diasuransikan)	:										
No. telepon perusahaan Peserta (Yang Diasuransikan)	:										
Nomor Telepon Pemegang Polis/Pengaju Klaim	:										

Berikan keterangan sehubungan dengan penyebab Meninggal Dunia (wajib diisi semua)

Tanggal Diagnosa pertama kali	:	/		/							(tgl/bln/thn)
Nama Dokter yang merawat	:										
Nama Rumah Sakit	:										
Jenis Penyakit	:										
Proses Otopsi	:	Ya					Tidak				
Tanggal Otopsi	:	/		/							(tgl/bln/thn)
Nama Saksi saat Meninggal	:										
Hubungan Saksi dan Peserta (Yang Diasuransikan)	:	Suami			Istri			Anak			lainnya mohon sebutkan:

Informasi Dokter, penyakit-penyakit lain yang pernah diderita termasuk sejak kapan diderita dan tempat berkonsultasi/mendapat perawatan (wajib diisi semua)

Nama Dokter yang biasa dikunjungi	:										
Nomor telepon Dokter yang biasa dikunjungi	:										

Jenis Penyakit	Diderita sejak	Nama Dokter	Nama Rumah Sakit
1)	1)	1)	1)
2)	2)	2)	2)

Tanda Tangan Pemegang Polis/Penerima Manfaat/Pengaju Klaim
Apat melampirkan dengan kartu identitas yang berlaku

Laporan Kepolisian (Jika penyebab meninggal dunia karena kecelakaan)Apakah Kecelakaan ini dilaporkan kepada pihak yang berwajib? : Ya TidakNomor Laporan : Nama dan Lokasi Kantor Polisi : Hubungan Pemohon Klaim dengan Peserta (Yang Diasuransikan) : Suami Istri Anak lainnya mohon sebutkan : **Kepesertaan di perusahaan Asuransi lain**Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) diasuransikan di perusahaan atau perusahaan asuransi Ya TidakNama Perusahaan atau Perusahaan Asuransi lainnya: Nomor Polis: Nomor BPJS Pasien/Peserta (Yang Diasuransikan): **Mohon untuk mencantumkan nama bank dan kantor cabang serta nomor rekening Pemegang Polis atau Penerima Manfaat atau wakil Ahli Waris untuk memudahkan pembayaran jika Klaim ini disetujui (huruf cetak),****Apabila Jumlah Penerima Manfaat melebihi dari kolom yang disediakan, mohon dapat membuat Surat Pernyataan/Amandemen untuk pembayaran Klaim.****Penerima Manfaat**Alamat tempat tinggal saat ini : Indonesia Luar Negeri, sebutkan: Mata Uang : IDR USDNomor Rekening : Nama Pemilik Rekening : Nama Bank : Kantor Cabang : SWIFT Code/ABA/IBAN* : **Wajib diisi untuk pembayaran yang ditujukan ke bank di luar negeri***PERNYATAAN PEMEGANG POLIS ATAU PENERIMA MANFAAT ATAU PENGAJU KLAIM****Pemegang Polis atau Penerima (Selanjutnya disebut "Saya") menyatakan bahwa:**

1. Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini adalah benar telah Saya tuliskan dan tidak ada keterangan maupun hal-hal lainnya yang Saya sembunyikan.
2. Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya Formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya sebagai Pemegang Polis atau Penerima Manfaat.
3. **JIKA** klaim ini disetujui akan dibayarkan, Saya setuju untuk memberikan bukti pendukung berupa identitas Pemegang Polis atau Penerima manfaat atau Pengaju Klaim untuk proses verifikasi Penerimaan manfaat kepesertaan. Apabila bukti pendukung yang diberikan kepada perusahaan tidak bisa membuktikan hubungan kepentingan asuransi (*insurable interest*) maka Saya wajib memberikan dokumen lain yang wajar dan relevan dengan proses kepesertaan serta penyelesaian klaim diperlukan oleh Perusahaan.
4. **JIKA** klaim ternyata tidak disetujui untuk dibayarkan karena tidak sesuai dengan ketentuan polis maupun peraturan lain yang berlaku, maka semua biaya yang timbul untuk pembuktian hubungan kepentingan asuransi, jika ada, tidak menjadi kewajiban perusahaan.
5. Dengan telah diterimanya pembayaran Manfaat Asuransi oleh Pemegang Polis atau Penerima Manfaat dalam hal klaim telah disetujui oleh Perusahaan, maka Pemegang Polis atau Penerima Manfaat menyatakan bahwa seluruh tanggung jawab Perusahaan yang terkait dengan Polis telah selesai dilaksanakan dan Pemegang Polis atau Penerima Manfaat dengan ini membebaskan Perusahaan dari seluruh tanggung jawab hukum yang mungkin timbul di kemudian hari, apabila ada tuntutan dan/ atau gugatan hukum dari pihak manapun.

Tanda Tangan Pemegang Polis/Penerima Manfaat/Pengaju Klaim

*(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)*Tempat: Tanggal: / / (tgl/bln/thn)

Nama Jelas

Halaman 2/2



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 Peserta (Yang Diasuransikan) :

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 Sharia Life Assurance (“Prudential Syariah”)** atau pihak lain yang ditunjuk oleh Prudential Syariah 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 Sharia Life Assurance (“Prudential Syariah”) or any other party designated by Prudential Syariah 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.