



R A H A S I A
Confidential

PT Prudential Life Assurance

Kantor Pusat :

Menara Thamrin-Prudential Centre

Jl. MH Thamrin Kav. 3

Jakarta 10250, Indonesia

Telp : (6221) 398-30-300

Fax : (6221) 398-30-207

PO Box 1805/JKS

Jakarta 12018, Indonesia

E-mail :

customer.idn@prudential.co.id

FORMULIR KLAIM **Meninggal karena Kecelakaan**

CLAIM FORM *Death by Accident*

Formulir ini harus dilengkapi oleh pihak yang mengajukan klaim dan dikembalikan kepada Penanggung disertai Surat Keterangan Dokter untuk Klaim Meninggal karena Kecelakaan yang telah diisi oleh dokter yang merawat.

To be completed by the Policy Holder and returned to our Head Office together with a Medical Certificate Claim form for Death by Accident completed by the doctor

Nomor Polis/ Policy Numbers

Pemegang Polis/Policy Holder

Data Tertanggung (Almarhum/Almarhumah) :

Name of the Life Assured in full - now deceased

1. Nama lengkap/*Name*

2. Tanggal lahir/*Date of Birth*

3. Alamat & No. Telepon
Address & Phone no.

4. Pekerjaan/*Occupation*
(Mohon cantumkan
nama perusahaan/alamat
dan nomor teleponnya)
*Name of Company/ Position, address
& tel.no.*

5. Tanggal dan tempat meninggal
Date and place of death

6. Apakah kecelakaan ini dilaporkan kepada pihak berwajib ? Jika tidak, mengapa ?
Is this accident reported to the Police ? If not what was the reason ?

7. Jabarkan secara lengkap bagaimana kecelakaan terjadi.
Please give us a detailed explanation of how the accident happened

8. Polis-polis dari perusahaan asuransi jiwa lain yang dimiliki
Other policies owned from other companies

Perusahaan <i>Company</i>	No. Polis <i>Policy No</i>	Uang Pertanggungan <i>Sum Assured</i>

10. Pembayaran Klaim akan dilakukan dalam bentuk Cheque/Bilyet Giro atas nama Beneficiary/Ahli Waris **jika klaim ini disetujui pembayarannya**
Claim payment will made to te beneficiary by Cheque/Bilyet Giro if approved

Tanggal <i>Date</i>	<input type="text"/>	A l a m a t/No. Telp <i>Address/Phone no.</i>
N a m a <i>Name</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tanda tangan <i>Signature</i>	<input type="text"/>	

Formulir ini harus disertai syarat-syarat pengajuan klaim lainnya, yaitu :
This form should be accompanied with :

1. Formulir Klaim Keterangan Dokter untuk Klaim Meninggal
Medical certificate form for death by accident claim
2. Formulir Klaim Meninggal yang diisi oleh Ahli Waris
Death by Accident claim form to be completed by beneficiary
3. Foto kopi seluruh hasil pemeriksaan Laboratorium dan Radiologi (jika ada)
Photocopies of all laboratorium and radiology tests, if available
4. Surat Keterangan Meninggal dari dokter/rumah sakit
Death certificate from the doctor of hospital
5. Foto Copy bukti kenal diri dari Almarhum/Almarhumah dan penerima manfaat
ID of the deceased and beneficiary
6. Surat Kuasa penerima manfaat, jika penerima manfaat lebih dari satu
Power of Attorney from the beneficiary if beneficiaries are more than one
7. Surat Keterangan Meninggal dari Pemerintah setempat
Death certicate from the local Government Authorities
8. Surat Berita Acara Kepolisian (asli)
Original Police report
9. Polis asli /Original Policy

Dokumen-dokumen asli akan dikembalikan setelah dilegalisir oleh PT Prudential Life Assurance
Original docs will be returned after verified by PT Prudential Life Assurance

SURAT KUASA PEMBERIAN REKAM MEDIS

POWER OF ATTORNEY FOR MEDICAL RECORDS

Yang bertanda tangan dibawah ini/The Undersigned :

Nama/*Name* :
Umur/*Age* : tahun
Alamat/*Address* :
.....
.....
No. KTP/*ID No* :

Hubungan dengan Tertanggung :
Relationship with the Life Assured

Saya memberi kuasa kepada PT Prudential Life Assurance untuk mendapatkan informasi atau data medis (antara lain yang saya sebutkan pada kolom di bawah ini) **dari semua dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi atau dari pihak-pihak lain** yang terkait sehubungan dengan pengajuan klaim asuransi jiwa ini. **Saya setuju salinan surat ini berlaku sama kuatnya seperti yang asli.**

I/We hereby authorize PT Prudential Life Assurance to seek any medical information/other details from doctors/specialists or other sources and I also give My/our consent to the related parties to submit any information needed. I agree that a photocopy of this authorization shall be as valid as the original

Tanggal/*Date*

Tandatangan/*Signature*