



R A H A S I A
Confidential

PT Prudential Life Assurance

Kantor Pusat :

Prudential Centre
Menara Thamrin
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 Penyakit Kritis

CLAIM FORM *Crisis Cover*

Formulir ini harus dilengkapi oleh Pemegang Polis dan dikembalikan kepada Penanggung disertai Surat Keterangan Dokter untuk Klaim Penyakit Kritis sesuai dengan jenis penyakit yang diisi oleh dokter yang merawat.

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

Nomor Polis / *Policy Numbers*

Pemegang Polis / *Policy Holder*

Data Tertanggung / *Data of The Life Assured*

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. Jenis Penyakit Kritis yang akan di klaim.
Type of Critical Illness to be claimed

--

6. Berikan keterangan mengenai konsultasi pertama kali dengan dokter sehubungan dengan Penyakit Kritis di atas.
Please explain about your first consultation with a medical attendant regarding the above Critical Illness.

Tanggal <i>Date</i>	Jenis Penyakit <i>Type of Illness</i>	Dokter <i>Doctor</i>	Alamat <i>Address</i>

7. Sebutkan semua dokter atau spesialis lain, yang pernah dikunjungi sehubungan dengan Penyakit Kritis tersebut.
Please list down all Doctors or Specialists visited with regards to the above Critical Illness

Tanggal <i>Date</i>	Dokter/Spesialis <i>Doctor/Specialist</i>	Alamat <i>Address</i>

8. Perawatan di rumah sakit (jika pernah)
Please give us the following details if hospitalized

Nama Rumah Sakit <i>Hospital</i>	Tanggal Mulai Perawatan <i>Date of Admittance</i>	Tanggal Akhir Perawatan <i>Date of Discharge</i>

9. Polis-polis dari perusahaan asuransi jiwa lain yang dimiliki.

Please mention all policies owned (if any), issued by other insurance companies

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

10. Mohon cantumkan nama, cabang serta nomor rekening bank dari penerima manfaat untuk memudahkan pembayaran **jika klaim ini memenuhi syarat** (huruf cetak).

*Please fill in your complete bank address, to transfer the funds once the claim **is approved***

No. Rek.Rp : <i>Rp. Account</i> Nama : <i>Name</i> Nama Bank : <i>Bank</i> Cabang : <i>Branch</i>	No. Rek.Dollar : <i>USD Account</i> Nama : <i>Name</i> Nama Bank : <i>Bank</i> Cabang: <i>Branch</i>
--	---

11. Mohon berikan informasi kepada kami dengan memberikan tanda (\checkmark) mengenai kelangsungan PRUsaver (jika ada), apakah ingin berhenti atau meneruskan ?

Memberhentikan PRUsaver, jika ingin menambah Investasi dapat menggunakan formulir Top Up.

Meneruskan PRUsaver, jika ada keterlambatan dalam membayar premi PRUsaver maka Polis akan menjadi tidak aktif /batal

Tanggal
Date

A l a m a t/No. Telp
Address/Phone no.

N a m a
Name

Tanda tangan
Signature

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

1. Formulir Klaim Keterangan Dokter untuk Penyakit Kritis yang di klaim
Medical certificate form for Critical Illness claim
2. Resume Medis dari dokter yang pernah merawat Tertanggung
Medical details from the attending physician
3. Foto kopi seluruh hasil pemeriksaan Laboratorium atau Radiologi
Photocopies of all laboratorium and radiology tests

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*