



**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 Meninggal

### *CLAIM FORM* *Death*

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

*To be completed by the Claimant and returned to our Head Office with a Medical Certificate Claim form for Death 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 no. teleponnya  
*Name of Company/ Position, address*  
& *tel.no.*

5. Tanggal dan tempat meninggal  
*Date and place of death*

6. Sebab Kematian  
*Cause of Death*

7. Riwayat Penyakit/*History of the disease* :

- Tanggal diagnosa pertama kali atas penyakit penyebab kematian  
*When was the cause of death first diagnosed ?*

- Sebutkan penyakit-penyakit lain yang pernah diderita termasuk sejak kapan diderita dan tempat berkonsultasi/mendapat perawatan.  
*Please mention any other diseases suffered including when, and where consulted/ hospitalised*

Jenis Penyakit <i>Disease</i>	Diderita Sejak <i>Suffered since</i>	Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit <i>Name and Address of Doctor/Hospital</i>

8. Hubungan pengaju dengan Almarhum /Almarhumah)  
*Relationship of claimant and the deceased*

9. 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 claim*
2. Formulir Klaim Meninggal yang diisi oleh Ahli Waris  
*Death 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. 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*