



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 **Pinjaman Pembedahan dan Perawatan**

CLAIM FORM ***Surgical & Nursing Loan Benefit***

Formulir ini harus dilengkapi oleh Pemegang Polis dan dikembalikan kepada Penanggung, disertai Surat Keterangan Dokter untuk Klaim Perawatan & Pembedahan 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 Surgical & Nursing Loan Benefit 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
perusahaan/alamat dan no. teleponnya)
Name of Company/Position/address
& *tel.no.*

5. Jenis pembedahan/perawatan.
Nature of surgery/treatment

6. Tanggal dan tempat pembedahan/
perawatan
Date and Place of Surgery/Treatment

7. Mohon cantumkan nama, cabang serta nomor rekening bank dari penerima manfaat untuk memudahkan pembayaran **jika klaim ini disetujui** (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>	No. Rek.Dollar : <i>USD Account</i>
Nama : <i>Name</i>	Nama : <i>Name</i>
Nama Bank : <i>Bank</i>	Nama Bank : <i>Bank</i>
Cabang : <i>Branch</i>	Cabang : <i>Branch</i>

8. Sesuai dengan data-data terlampir, dengan ini saya mengajukan Pinjaman Biaya & Perawatan
In accordance with the details attached I wish to apply for a Surgical & Nursing Loan Benefit

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 Klaim Pembedahan & Perawatan
Medical certificate form for accident claim
2. Resume Medis dari dokter yang pernah merawat Tertanggung
Medical details from the attending physician
3. Foto kopi seluruh hasil pemeriksaan Laboratorium dan Radiologi
Photocopies of all laboratorium and radiology tests
4. Rincian Biaya Pembedahan & Perawatan (asli).
Original invoice from the Hospital

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*