



PT Prudential Sharia Life Assurance (Prudential Syariah) berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

FORMULIR KLAIM MANFAAT MENINGGAL DUNIA

- Yang berhak mengajukan klaim adalah Pemegang Polis, jika Pemegang Polis sama dengan Peserta (Yang Diasuransikan) dan meninggal dunia, maka yang berhak mengajukan klaim adalah Penerima Manfaat dan/atau Pengaju Klaim (Mohon mengacu pada ketentuan Polis).
- Formulir klaim ini hanya berlaku untuk Pemegang Polis dengan pengajuan klaim atas 1 (satu) nama Peserta (Yang Diasuransikan) dan 1 (satu) nomor Polis.
- Dalam hal Peserta (Yang Diasuransikan) memiliki manfaat perlindungan sejenis pada Polis lainnya dan akan mengajukan klaim perlindungan yang sejenis tersebut, maka harap melampirkan formulir klaim yang berbeda.
- Mohon mengisi formulir ini dengan menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak dan seluruh tulisan di dalam kotak, jelas, dan memberi tanda (v) pada kotak jawaban yang sesuai.
- Mohon tidak menandatangani formulir 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 atau paraf Pemegang Polis, Penerima Manfaat, dan/atau Pengaju Klaim di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri (KTP/Paspor) yang masih berlaku.
- Kami berhak menunda klaim, jika persyaratan kelenyapan dokumen pengajuan klaim tidak lengkap.
- Data yang telah diisi pada formulir ini akan digunakan sebagai informasi untuk pengkinian data pada Polis Peserta.

PERSYARATAN DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM

- 1 Formulir Klaim Meninggal Dunia yang telah diisi dengan benar dan lengkap, serta ditandatangani oleh Pemegang Polis, Penerima Manfaat Polis, dan/atau Pengaju Klaim,
- 2 Surat Keterangan Dokter untuk klaim meninggal dunia yang telah diisi dengan lengkap dan jelas oleh Dokter,
- 3 Catatan medis/resume medis Peserta apabila diminta oleh PT Prudential Sharia Life Assurance,
- 4 Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan penunjang (jika ada),
- 5 Fotokopi kartu identitas diri (KTP/Paspor) yang masih berlaku dari Peserta Yang Diasuransikan dan Pemegang Polis, Penerima Manfaat, dan/atau Pengaju Klaim dalam hal Pemegang Polis telah meninggal dunia,
- 6 Surat Keterangan Kematian dari Pemerintah setempat,
- 7 Fotokopi Surat Perubahan/Penetapan ganti nama Pemegang Polis, Peserta Yang Diasuransikan, Penerima Manfaat, dan/atau Pengaju Klaim (jika perubahan nama pernah dilakukan),
- 8 Surat Keterangan Kecelakaan dari Kepolisian (asli) jika Peserta meninggal dunia karena kecelakaan yang melibatkan pihak kepolisian,
- 9 Dokumen-dokumen lain yang wajar dan relevan dengan proses perlindungan serta penyelesaian klaim,
- 10 Identitas yang diperlukan untuk menerima manfaat santunan asuransi:
 - Dokumen Penetapan ahli waris Peserta yang dikeluarkan oleh institusi yang berwenang [Polis yang terbit sebelum 8 November 2017]
 - Surat Kuasa Penunjukkan pemberian manfaat klaim kepada salah satu ahli waris (jika ahli waris ditetapkan lebih dari satu)

I. Data Diri Pemegang Polis (wajib diisi lengkap)

1 Nomor Polis	:	
2 Nama Pemegang Polis	:	
3 Hubungan dengan Peserta (Yang Diasuransikan)	:	<input type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> Istri <input type="checkbox"/> Anak Kandung <input type="checkbox"/> Orang tua <input type="checkbox"/> Adik Kandung <input type="checkbox"/> Kakak Kandung <input type="checkbox"/> Kakek <input type="checkbox"/> Nenek <input type="checkbox"/> Cucu <input type="checkbox"/> Mertua <input type="checkbox"/> Menantu <input type="checkbox"/> Paman <input type="checkbox"/> Bibi <input type="checkbox"/> Keponakan <input type="checkbox"/> Lainnya:
4 Tempat dan tanggal lahir	:	_____ - ____ - ____ (tanggal) (bulan) (tahun)
5 Jenis kelamin	:	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
6 Kewarganegaraan*	:	<input type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA, sebutkan _____
7 NIK (bagi WNI)/Paspor (bagi WNA)	:	_____
8 Alamat tinggal saat ini	:	_____
9 Negara tinggal saat ini	:	<input type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan _____
10 Pekerjaan	:	_____
11 Nomor telepon	:	_____
12 Alamat E-mail	:	_____
13 Nama gadis ibu kandung	:	_____

II. Data Diri Peserta (Yang Diasuransikan) yang diajukan untuk Klaim (wajib diisi lengkap)

1 Nama Peserta (Yang Diasuransikan)	:	_____
2 Tempat dan tanggal lahir	:	_____ - ____ - ____ (tanggal) (bulan) (tahun)
3 Jenis kelamin	:	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
4 Kewarganegaraan*	:	<input type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA, sebutkan _____
5 NIK (bagi WNI)/Paspor (bagi WNA)	:	_____
6 Pekerjaan	:	_____
7 Nomor telepon	:	_____
8 Alamat E-mail	:	_____
9 Nama gadis ibu kandung	:	_____

III. Data Pengajuan klaim (wajib diisi lengkap)

1 Tanggal dan jam meninggal dunia	:	_____
2 Penyebab meninggal dunia	:	<input type="checkbox"/> Penyakit, tanggal gejala dirasakan _____ - ____ - ____ (tanggal) (bulan) (tahun) <input type="checkbox"/> Kecelakaan, tanggal waktu kecelakaan _____ - ____ - ____ (tanggal) (bulan) (tahun)
3 Proses otopsi	:	<input type="checkbox"/> Dilakukan otopsi, pada tanggal _____ - ____ - ____ (tanggal) (bulan) (tahun) <input type="checkbox"/> Tidak dilakukan otopsi
4 Tempat meninggal	:	<input type="checkbox"/> Rumah <input type="checkbox"/> Rumah sakit Nama Rumah Sakit _____ Nama Dokter _____ Tanggal perawatan _____ - ____ - ____ (tanggal) (bulan) (tahun) Diagnosis _____



PT Prudential Sharia Life Assurance (Prudential Syariah) berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

Lainnya, sebutkan

5 Sebutkan informasi terkait penyakit lain yang selama ini pernah diderita Peserta (Yang Diasuransikan) pada tabel berikut ini:

Tgl Konsultasi/Perawatan	Nama Dokter	Jenis Penyakit	Nama Rumah Sakit/Klinik	No. Tlp Rumah Sakit/Klinik

6 Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) diasuransikan di perusahaan asuransi lain? : Ya, sebutkan Tidak

7 Sebutkan nomor BPJS Pasien/Peserta : (Yang Diasuransikan)

8 Mohon memberi tanda (v) mengenai : Meneruskan PRUsaver syariah untuk manfaat PRUwaiver syariah yang telah disetujui dan jika ada keterlambatan kelangsungan Kontribusi Top Up Berkala (PRUsaver syariah), jika ada dalam membayar PRUsaver syariah maka Polis dapat menjadi lewat waktu (*Lapsed*) sesuai ketentuan Polis. Memberhentikan PRUsaver syariah untuk manfaat PRUwaiver syariah yang telah disetujui.

IV. Informasi Rekening Bank Pemegang Polis/Penerima Manfaat/Pengaju Klaim untuk Pembayaran jika Klaim disetujui

Khusus Pemegang Polis

1 Nama Pemilik rekening : IDR Lainnya, sebutkan

2 Jenis mata uang : Indonesia Lainnya, sebutkan

3 Nomor Rekening : SWIFT Code/ABA/IBAN* :

Khusus Penerima Manfaat/Pengaju Klaim (jika Pemegang Polis meninggal dunia)

Penerima Manfaat/Pengaju Klaim I

1 Nama Pemilik rekening : Pria Wanita

2 Jenis kelamin : Menikah Belum Menikah

3 NIK (bagi WNI)/Paspor (bagi WNA) :

4 Tempat, Tanggal Lahir : - -

5 Status pernikahan : Menikah Belum Menikah

6 Nama qadis ibu kandung :

7 Alamat tinggal saat ini :

Kota/Kabupaten :

Provinsi :

8 Nomor telepon :

9 Alamat E-mail :

10 Hubungan dengan Peserta (Yang Diasuransikan) : Suami Istri Anak Orang tua Lainnya, yaitu

11 Pekerjaan Utama Penerima Manfaat/ Pengaju Klaim (Silakan mengacu pada Daftar Kode di catatan pinggir halaman 2-3 bagian Pilihan Pekerjaan) :

12 Alamat tempat bekerja :

13 Nomor telepon tempat bekerja :

14 Kewarganegaraan* : WNI WNA, sebutkan

15 Negara tinggal saat ini : Indonesia Lainnya, sebutkan

16 Jenis mata uang : IDR Lainnya, sebutkan

17 Nomor rekening :

18 Nama Bank :

19 Cabang/Unit :

20 Negara Bank : Indonesia Lainnya, sebutkan

21 SWIFT Code/ABA/IBAN* :

Daftar Kode Pekerjaan

No.	Pilihan Pekerjaan
1	Wirusaha Money Changer
2	Wirusaha Money Transfer
3	Wirusaha Travel Agent
4	Wirusaha Fuel Station
5	Wirusaha Parking Business
6	Wirusaha Minimarket/Supermarket
7	Wirusaha Forestry
8	Wirusaha Freight Forwarding
9	Wirusaha Property Selling
10	Wirusaha Gems and Jewelry
11	Wirusaha Gold/Precious Metal Investment
12	Wirusaha Luxurious Vehicle Dealer
13	Wirusaha Export/Import Natural Resources
14	Wirusaha Art & Antiques
15	Karyawan pada Perusahaan Keuangan (Bank, Asuransi, dll)
16	Karyawan pada Non Perusahaan Keuangan
17	Ibu Rumah Tangga
18	Pelajar/Mahasiswa
19	Perwira Tinggi Polisi
20	Perwira Tinggi TNI
21	Perwira Menengah Polisi
22	Perwira Menengah TNI
23	Anggota Polisi
24	Anggota TNI
25	Pegawai Negeri Sipil

Penerima Manfaat/Pengaju Klaim II

1 Nama Pemilik rekening :

2 Jenis kelamin : Pria Wanita



15010603/04

PT Prudential Sharia Life Assurance (Prudential Syariah) berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

3 NIK (bagi WNI)/Paspor (bagi WNA) :

4 Tempat, Tanggal Lahir : - -
(tanggal) (bulan) (tahun)

5 Status pernikahan : Menikah Belum Menikah

6 Nama gadis ibu kandung :

7 Alamat tinggal saat ini :

Kota/Kabupaten :

Provinsi :

8 Nomor telepon :

9 Alamat *E-mail* :

10 Hubungan dengan Peserta (Yang Diasuransikan) : Suami Istri Anak Orang tua
 Lainnya, yaitu

11 Pekerjaan Utama Penerima Manfaat/ Pengaju Klaim (Silakan mengacu pada Daftar Kode di catatan pinggir halaman 2-3 bagian Pilihan Pekerjaan) :

12 Alamat tempat bekerja :

13 Nomor telepon tempat bekerja :

14 Kewarganegaraan* : WNI WNA, sebutkan

15 Negara tinggal saat ini : Indonesia Lainnya, sebutkan

16 Jenis mata uang : IDR Lainnya, sebutkan

17 Nomor rekening :

18 Nama Bank :

19 Cabang/Unit :

20 Negara Bank : Indonesia Lainnya, sebutkan

21 SWIFT Code/ABA/IBAN* :

26	Pejabat Pemerintahan Pusat/Daerah/BUMN/BUMD/ Lembaga Pemerintah Lainnya
27	Hakim/Jaksa/Panitera Pengadilan Lainnya/ Anggota Legislatif Pusat/Daerah
28	Professional <i>Lawyer</i>
29	Professional <i>Curator</i>
30	Professional <i>Notary Public</i>
31	Professional <i>Accountant</i>
32	Professional <i>Financial Planner</i>
33	Professional <i>Tax Consultant</i>
34	Lainnya (sebutkan pekerjaan Anda)

Jika memilih kode 34, sebutkan pekerjaan Anda:

Penerima Manfaat/Pengaju Klaim III

1 Nama Pemilik rekening :

2 Jenis kelamin : Pria Wanita

3 NIK (bagi WNI)/Paspor (bagi WNA) :

4 Tempat, Tanggal Lahir : - -
(tanggal) (bulan) (tahun)

5 Status pernikahan : Menikah Belum Menikah

6 Nama gadis ibu kandung :

7 Alamat tinggal saat ini :

Kota/Kabupaten :

Provinsi :

8 Nomor telepon :

9 Alamat *E-mail* :

10 Hubungan dengan Peserta (Yang Diasuransikan) : Suami Istri Anak Orang tua
 Lainnya, yaitu

11 Pekerjaan Utama Penerima Manfaat/ Pengaju Klaim (Silakan mengacu pada Daftar Kode di catatan pinggir halaman 2-3 bagian Pilihan Pekerjaan) :

12 Alamat tempat bekerja :

13 Nomor telepon tempat bekerja :

14 Kewarganegaraan* : WNI WNA, sebutkan

15 Negara tinggal saat ini : Indonesia Lainnya, sebutkan

16 Jenis mata uang : IDR Lainnya, sebutkan

17 Nomor rekening :

18 Nama Bank :

19 Cabang/Unit :

20 Negara Bank : Indonesia Lainnya, sebutkan

21 SWIFT Code/ABA/IBAN* :

Jika memilih kode 34, sebutkan pekerjaan Anda:

Penerima Manfaat/Pengaju Klaim IV

1 Nama Pemilik rekening :

2 Jenis kelamin : Pria Wanita



PT Prudential Sharia Life Assurance (Prudential Syariah) berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

3 NIK (bagi WNI)/Paspor (bagi WNA) :

4 Tempat, Tanggal Lahir : - -
(tanggal) (bulan) (tahun)

5 Status pernikahan : Menikah Belum Menikah

6 Nama gadis ibu kandung :

7 Alamat tinggal saat ini :

Kota/Kabupaten :

Provinsi :

8 Nomor telepon :

9 Alamat *E-mail* :

10 Hubungan dengan Peserta (Yang Diasuransikan) : Suami Istri Anak Orang tua
 Lainnya, yaitu

11 Pekerjaan Utama Penerima Manfaat/ Pengaju Klaim (Silakan mengacu pada Daftar Kode di catatan pinggir halaman 2-3 bagian Pilihan Pekerjaan) :
Jika memilih kode 34, sebutkan pekerjaan Anda:

12 Alamat tempat bekerja :

13 Nomor telepon tempat bekerja :

14 Kewarganegaraan* : WNI WNA, sebutkan

15 Negara tinggal saat ini : Indonesia Lainnya, sebutkan

16 Jenis mata uang : IDR Lainnya, sebutkan

17 Nomor rekening :

18 Nama Bank :

19 Cabang/Unit :

20 Negara Bank : Indonesia Lainnya, sebutkan

21 SWIFT Code/ABA/IBAN* :

Penerima Manfaat/Pengaju Klaim V

1 Nama Pemilik rekening :

2 Jenis kelamin : Pria Wanita

3 NIK (bagi WNI)/Paspor (bagi WNA) :

4 Tempat, Tanggal Lahir : - -
(tanggal) (bulan) (tahun)

5 Status pernikahan : Menikah Belum Menikah

6 Nama gadis ibu kandung :

7 Alamat tinggal saat ini :

Kota/Kabupaten :

Provinsi :

8 Nomor telepon :

9 Alamat *E-mail* :

10 Hubungan dengan Peserta (Yang Diasuransikan) : Suami Istri Anak Orang tua
 Lainnya, yaitu

11 Pekerjaan Utama Penerima Manfaat/ Pengaju Klaim (Silakan mengacu pada Daftar Kode di catatan pinggir halaman 2-3 bagian Pilihan Pekerjaan) :
Jika memilih kode 34, sebutkan pekerjaan Anda:

12 Alamat tempat bekerja :

13 Nomor telepon tempat bekerja :

14 Kewarganegaraan* : WNI WNA, sebutkan

15 Negara tinggal saat ini : Indonesia Lainnya, sebutkan

16 Jenis mata uang : IDR Lainnya, sebutkan

17 Nomor rekening :

18 Nama Bank :

19 Cabang/Unit :

20 Negara Bank : Indonesia Lainnya, sebutkan

21 SWIFT Code/ABA/IBAN* :

*Formulir deklarasi diri dapat diunduh di website <https://www.prudentialsyariah.co.id/id> wajib diisi untuk pembayaran ditujukan ke Bank di luar negeri.

Segala kesalahan penulisan data rekening menjadi tanggung jawab Pemegang Polis/Penerima Manfaat/Pengaju Klaim

Catatan: Apabila data rekening yang dituliskan pada formulir tidak sesuai dan/atau tidak aktif maka Pemegang Polis/Penerima Manfaat/Pengaju Klaim mengizinkan serta memberikan kewenangan kepada Prudential Syariah untuk membayarkan manfaat klaim meninggal dunia ke rekening Pemegang Polis/Penerima Manfaat/Pengaju Klaim lainnya yang terdaftar di sistem



PT Prudential Sharia Life Assurance (Prudential Syariah) berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

Prudential Syariah dan/atau yang pernah digunakan untuk proses pengajuan klaim sebelumnya (jika ada). Pemegang Polis/Penerima Manfaat/Pengaju Klaim membebaskan dan melepaskan Prudential Syariah atas seluruh tuntutan, tindakan hukum dan permintaan ganti rugi dalam bentuk apapun terkait dengan proses tersebut.

VI. PERSETUJUAN PEMBERIAN DATA DAN/ATAU INFORMASI PRIBADI KEPADA PIHAK LAIN

Pemegang Polis, Peserta (Yang Diasuransikan), Penerima Manfaat, dan/atau Pengaju Klaim (Selanjutnya disebut "Saya/Kami") menyatakan bahwa: Memahami, menyetujui, serta mengizinkan bahwa Prudential Syariah dari waktu ke waktu dapat mengumpulkan, menyimpan, memproses, dan mempergunakan dan membagikan Data Pribadi (termasuk namun tidak terbatas pada nama, alamat surat menyurat, alamat e-mail, nomor telepon rumah, nomor handphone, kontak, data kesehatan maupun informasi lainnya) yang Saya/Kami berikan dalam Formulir ini, serta informasi terkait Polis Saya/Kami termasuk memberikannya kepada pihak ketiga sepanjang dianggap perlu oleh Prudential Syariah dalam rangka pemrosesan pengajuan klaim yang Saya/Kami ajukan dan untuk tujuan lain sehubungan dengan Perlindungan Saya/Kami berdasarkan Polis, dengan tunduk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku. Saya/Kami bersedia untuk dihubungi oleh Pengelola, Tenaga Pemasar, atau pihak lain yang ditunjuk oleh Pengelola melalui sarana komunikasi pribadi dan menyetujui bahwa komunikasi tersebut dapat terkirim baik pada atau di luar hari/jam kerja.

Adapun rincian mengenai tujuan dan pihak lain yang dapat memperoleh dan/atau memproses data pribadi dapat dilihat pada pemberitahuan privasi yang dapat diakses pada <https://bit.ly/PRUSyariahPemberitahuanPrivasi> yang dapat diperbaharui oleh Prudential Syariah dari waktu ke waktu.

SAYA memberikan persetujuan kepada Prudential Syariah untuk menghubungi dan menyampaikan informasi, penawaran produk atau layanan, melalui berbagai sarana komunikasi pribadi pada atau diluar hari/jam kerja, baik secara langsung oleh Prudential Syariah maupun melalui pihak ketiga yang ditunjuk oleh Prudential Syariah.

VII PERNYATAAN PEMEGANG POLIS DAN/ATAU PESERTA (YANG DIASURANSIKAN) DAN/ATAU PENERIMA MANFAAT MENGENAI PENGISIAN & PENYAMPAIAN DATA DAN/ATAU INFORMASI BERLANDASAN IKTIKAD TERBAIK (UTMOST GOOD FAITH)

A. Pernyataan Pemegang Polis dan/atau Peserta (Yang Diasuransikan)

1. Pemegang Polis dan/atau Peserta (Yang Diasuransikan) (selanjutnya dalam bagian A ini disebut sebagai "Saya/Kami") memahami bahwa Saya/Kami memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (*utmost good faith*) dalam (i) pengajuan permohonan asuransi, permohonan Pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis, dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya); dan (ii) pengajuan klaim Manfaat Asuransi ("Permohonan Konsumen"). Oleh karena itu, Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami wajib, dan telah mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang dapat memengaruhi pertimbangan Prudential Syariah dalam menerima atau menolak suatu Permohonan Konsumen dan/atau menetapkan jumlah Kontribusi.
2. Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya/Kami berikan ("Informasi Konsumen") dalam SPAJ, formulir Pemulihan Polis, formulir perubahan Polis, formulir klaim Manfaat Asuransi serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Prudential Syariah ("Dokumen Permohonan") sebagai bagian dari pengajuan Permohonan Konsumen adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya/Kami sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja.
3. Apabila Informasi Konsumen tersebut dalam butir (2) ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang Saya/Kami sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Klaim Manfaat Meninggal Dunia ini, Saya/Kami SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika Prudential Syariah melakukan hal-hal berikut ini:
 - a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - b. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau terbatas pada Asuransi Tambahan (jika diadakan), dengan pengembalian Kontribusi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi Dasar dan Asuransi Tambahan, jika diadakan), yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan, Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan, dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
 - c. Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi Tambahan, jika diadakan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Kontribusi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi Dasar dan Asuransi Tambahan, jika diadakan), apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya/Kami juga menyetujui bahwa Prudential Syariah hanya akan membayarkan nilai yang setara dengan Nilai Penebusan (jika ada) atau Nilai Tunai (jika ada) sesuai dengan ketentuan Polis.
 - d. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Asuransi Dasar dan/atau setiap Asuransi Tambahan (jika diadakan)), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan dari Polis, menyesuaikan Santunan Asuransi, dan/atau menyesuaikan jumlah Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - e. Menagih kekurangan Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Prudential Syariah juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai yang ada dalam Polis Saya/Kami (jika ada) dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan; Atas hal tersebut, Saya/Kami wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi tersebut.
4. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya/Kami dengan ini menegaskan bahwa:
 - a. Penandatanganan Formulir Klaim Manfaat Meninggal Dunia ini oleh Saya/Kami merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Prudential Syariah jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 3; dan
 - b. Saya/Kami setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.

B. Pernyataan Penerima Manfaat (atau pihak lain yang tidak pernah menandatangani SPAJ)

1. Penerima Manfaat (selanjutnya dalam bagian huruf B ini disebut sebagai "Saya/Kami") menyatakan dan memahami bahwa sebagai bagian dari proses pengajuan permohonan asuransi, permohonan Pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis, dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya) serta keberlangsungan Polis, Pemegang Polis, Peserta (Yang Diasuransikan), Pembayar Kontribusi dan/atau pihak terkait lainnya telah memberikan data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta kepada Prudential Syariah, sebagaimana tercantum dalam SPAJ, formulir Pemulihan Polis, formulir perubahan Polis serta setiap formulir dan dokumen lainnya (termasuk setiap dokumen atau formulir yang diberikan kepada Prudential Syariah setelah berlakunya Polis) ("Dokumen Permohonan"), yang mana yang sesuai dengan keadaannya (seluruhnya disebut sebagai "Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya").
2. Saya/Kami dengan ini menyatakan bahwa Saya/Kami tidak berhak dan tidak akan membantah, menyanggah, mempertanyakan dan/atau memperlakukan kebenaran Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya. Saya/Kami juga menyatakan bahwa Saya/Kami menerima seluruh ketentuan Polis (termasuk Endorsemen, jika ada).
3. Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya/Kami berikan dalam Formulir Klaim Manfaat Meninggal Dunia ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Prudential Syariah sebagai bagian dari pengajuan permohonan klaim Manfaat Asuransi ("Informasi Konsumen"), adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya/Kami sembunyikan.
4. Apabila sebagian atau seluruh (i) Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya; dan/atau (ii) Informasi Konsumen ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat,



PT Prudential Sharia Life Assurance (Prudential Syariah) berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang Saya/Kami sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Klaim Manfaat Meninggal Dunia ini, Saya/Kami SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika Prudential Syariah melakukan hal-hal berikut ini:

- a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
- b. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menyesuaikan Santunan Asuransi, dan/atau menyesuaikan jumlah Kontribusi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
- c. Menagih kekurangan Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Prudential Syariah juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai yang ada dalam Polis (jika ada) dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan.

_____ / _____ - _____ - _____
(Tempat) (tanggal) (bulan) (tahun)

Tanda Tangan & Nama Pemegang Polis

(Sesuai dengan identitas yang berlaku)

Nama Jelas : _____

Tanda Tangan & Nama Penerima Manfaat/Pengaju Klaim I

(Sesuai dengan identitas yang berlaku)

Nama Jelas : _____

Tanda Tangan & Nama Penerima Manfaat/Pengaju Klaim II

(Sesuai dengan identitas yang berlaku)

Nama Jelas : _____

Tanda Tangan & Nama Penerima Manfaat/Pengaju Klaim III

(Sesuai dengan identitas yang berlaku)

Nama Jelas : _____

Tanda Tangan & Nama Penerima Manfaat/Pengaju Klaim IV

(Sesuai dengan identitas yang berlaku)

Nama Jelas : _____

Tanda Tangan & Nama Penerima Manfaat/Pengaju Klaim V

(Sesuai dengan identitas yang berlaku)

Nama Jelas : _____



15011401

**SURAT KUASA PEMBERIAN DATA MEDIS
POWER OF ATTORNEY FOR MEDICAL DATA**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini/*The Undersigned*

Nama Peserta (Yang Diasuransikan)/Pemegang :
Polis/Penerima Manfaat*
*Name of Life Assured/Policy Owner/Beneficiary**
Tempat/Tanggal lahir/*Place/Date of birth* :
Alamat/*Address* :
No. KTP/*ID No* :
Hubungan dengan Peserta (Yang Diasuransikan) :
Relationship with the Life Assured

(*). Dapat diisi oleh Pemegang Polis apabila Peserta (Yang Diasuransikan) tidak cakap hukum/sakit/meninggal dunia dan dapat diisi oleh Penerima Manfaat dalam hal Peserta (Yang Diasuransikan) sama dengan Pemegang Polis dan tidak cakap hukum/sakit/meninggal dunia.

Can be filled by Policy Owner if the Life Assured legally incapable/ill/deceased and can be filled by Beneficiary if the Life Assured same with Policy Owner and legally incapable/ill/deceased.

Dengan ini memberi kuasa dan izin kepada Dokter/Paramedis/Petugas Administrasi Rumah Sakit/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium/Perusahaan Asuransi/Perusahaan Reasuransi/Badan/Instansi/Lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan/informasi riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Peserta (Yang Diasuransikan), untuk mengungkapkan atau memberikan kepada PT Prudential Sharia Life Assurance semua catatan/informasi riwayat kesehatan atau perawatan atau informasi lain mengenai diri Peserta (Yang Diasuransikan).

I authorize the Doctor/Paramedic/administration Hospital Staff /Hospital Clinic/Public Health Centre/Laboratory/Insurance company/Reinsurance company/Institution or other parties, that has a medical history records/ information or other information about the Insured to disclose or give to PT Prudential Sharia Life Assurance all medical history records/information or treatments or other information about the insured.

Saya juga memberikan kuasa dan izin kepada PT Prudential Sharia Life Assurance untuk meminta dan atau memberikan catatan riwayat kesehatan Peserta (Yang Diasuransikan) atau informasi lain mengenai diri Peserta (Yang Diasuransikan) yang diperoleh dari setiap Dokter/Paramedis/Petugas Administrasi Rumah Sakit/Rumah Sakit /Klinik/Puskesmas/Laboratorium/Perusahaan Asuransi/Perusahaan Reasuransi/Badan/Instansi/Lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan/informasi riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Peserta (Yang Diasuransikan) /Peserta kepada Tenaga Pemasar/Perusahaan Asuransi/Perusahaan Reasuransi/Badan/Instansi/Lembaga atau pihak lain yang berkepentingan.

I also authorize to PT Prudential Sharia Life Assurance to request and/or provide medical history records of Life Assured or other information about the Insured which obtained from Doctor/Paramedic/Administration Hospital Staff/Hospital/Clinic/Public Health Centre/Laboratory/Insurance company/Reinsurance Company/Institution or other parties to the Sales Force/Insurance Company, Institution or other interested parties.

Nama Peserta (Yang Diasuransikan)
Name of Life Assured :
Tanggal Lahir/*Date of Birth* :

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, dengan ini saya bertanggung jawab atas pelepasan informasi atau data medis tersebut dan membebaskan serta tidak akan menuntut Dokter/Paramedis/Petugas Administrasi Rumah Sakit/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium/Perusahaan Asuransi/Perusahaan Reasuransi/Badan/Instansi/Lembaga atau pihak lain yang memberikan catatan/informasi riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Peserta (Yang Diasuransikan) dari segala konsekuensi hukum yang timbul atau mungkin timbul dari pihak manapun. Saya setuju bahwa salinan Surat Kuasa ini berlaku sama kuatnya seperti yang asli. Surat Kuasa ini tidak berakhir apabila tidak ada permintaan pembatalan dari Saya, maupun oleh sebab-sebab yang disebutkan dalam Pasal 1813, Pasal 1814, dan Pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia.

Related to the above, I am hereby responsible for the release of information or medical data and will release and not sue Doctor/Paramedic/Administration Hospital Staff/Hospital/Clinic/Public Health Centre/Laboratory/Insurance company/Reinsurance company/Institution 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 am agreed that a copy of this Letter of Attorney shall be as valid as the original. This Letter of Attorney shall not expire if there if there is no cancellation request submitted by me, as well as the causes mentioned in Article 1813, Article 1814, and Article 1816 of the Indonesian Civil Code.

Tempat dan Tanggal/*Place and dated:*

Tanda Tangan dan Nama Peserta (Yang Diasuransikan)/Pemegang Polis/Penerima Manfaat**
*Signature and Name of Life Assured/Policy Owner/Beneficiary***

Materai Rp10.000,-

(**) Coret yang tidak perlu/*Cross the unnecessary ones*