

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

FORMULIR KLAIM MANFAAT PENYAKIT KRITIS

- 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 dibubuhkan tanda tangan Pemegang Polis, Peserta (Yang Diasuransikan), Penerima Manfaat, dan/atau Pengaju Klaim di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri (KTP/Paspor) yang masih berlaku.
- Kami berhak menunda klaim, jika persyaratan kelengkapan dokumen pengajuan klaim tidak lengkap.

PERSYARATAN DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM

1. Formulir Klaim Penyakit Kritis yang diisi dengan benar dan lengkap,
2. Surat Keterangan Dokter untuk klaim Kondisi kritis sesuai dengan jenis Kondisi Kritis yang dialami Peserta (Yang Diasuransikan),
3. Catatan Medis/Resume Medis Peserta (Yang Diasuransikan) 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
6. Surat/Penetapan Ganti Nama (bila ada),
7. Dokumen-dokumen lain yang wajar dan relevan dengan proses pertanggunganserta penyelesaian klaim.

I. Data Diri Peserta (wajib diisi lengkap)

1. Nomor Polis :

2. Nama Pemegang Polis :

3. Pasien (Peserta (Yang Diasuransikan)) :

4. Nomor Identitas Diri (ID) Pemegang Polis :

Polis (NIK bagi WNI/Paspor bagi WNA)

5. Nomor Telepon Pemegang Polis :

(No. Handphone/Rumah yang aktif dan dapat dihubungi) : -

(kode area)

II. Dengan ini mengajukan Klaim sebagai berikut (wajib diisi semua):

Jenis Klaim : PRUcrisis cover syariah 34 PRUmultiple crisis cover syariah PRUcrisis income syariah
 PRUcrisis cover benefit syariah 34 PRUcrisis cover plus syariah PRUearly stage crisis cover syariah/plus
 PRUcrisis cover benefit syariah +61
 PRUwaiver syariah 33/PRUpayor syariah 33/PRUspouse waiver syariah 33/PRUspouse payor syariah 33/PRUparent payor syariah 33/PRUearly stage payor syariah/PRUearly stage parent payor syariah/PRU early stage spouse payor syariah

Jenis Kondisi Kritis yang akan diklaim:

III. Berikan keterangan mengenai konsultasi pertama kali dengan Dokter sehubungan dengan Kondisi Kritis diatas:

1. Tanggal : - -

(tanggal) (bulan) (tahun)

2. Nama Dokter :

3. Nama Rumah Sakit/Klinik :

4. Jenis Penyakit :

IV. Sebutkan Dokter atau Rumah Sakit lain, yang pernah dikunjungi sebelumnya sehubungan dengan Kondisi Kritis tersebut

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

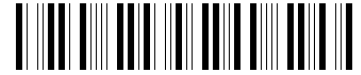
V. Riwayat Penyakit Keluarga

Nama	Hubungan Keluarga	Usia	Jenis Penyakit

1. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) diasuransikan di perusahaan asuransi lain? : Ya, sebutkan: Nomor Polis:
 Tidak

2. Sebutkan nomor BPJS Peserta (Yang Diasuransikan) :

3. Khusus untuk kelanjutan manfaat Kontribusi Top Up Berkala (PRUsaver syariah) Mohon memberi tanda (v) mengenai kelangsungan Kontribusi Top Up Berkala (PRUsaver syariah), jika ada, apakah ingin berhenti atau meneruskan?
 Memberhentikan PRUsaver syariah untuk manfaat PRUwaiver syariah/PRUspouse waiver syariah yang telah disetujui.
 Meneruskan PRUsaver syariah untuk manfaat PRUwaiver syariah/PRUspouse waiver yang telah disetujui dan jika ada keterlambatan dalam membayar PRUsaver syariah maka Polis dapat menjadi lewat waktu (*Lapsed*) sesuai ketentuan Polis.



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

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 mempermasalahkan 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 Penyakit Kritis 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, 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 Penyakit Kritis 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 : - -

(tanggal) (bulan) (tahun)

Tanda Tangan & Nama Pemegang Polis/Penerima Manfaat/Pengaju Klaim*
 (Sesuai dengan identitas yang berlaku)

Nama Jelas : _____
 Tanggal Lahir : _____
 NIK/Paspor : _____

*Diisi oleh Penerima Manfaat dan/atau Pengaju Klaim jika Pemegang Polis sama dengan Peserta (Yang Diasuransikan) telah meninggal dunia

Tanda Tangan & Nama Peserta (Yang Diasuransikan)
 (Sesuai dengan identitas yang berlaku)

Nama Jelas : _____
 Tanggal Lahir : _____
 NIK/Paspor : _____



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*