PRUDENTIAL SYARIAH

PT Prudential Sharia Life Assurance (Prudential Syariah)
Prudential Tower
Jl. Jend. Sudirman Kav. 79, Jakarta 12910
Customer Line: 1500577
customer.idn@prudentialsyariah.co.id
www.prudentialsyariah.co.id

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

FORMULIR KLAIM MANFAAT KLAIM MENINGGAL DUNIA

- Mohon mengisi dengan menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak dan tulisan tidak keluar dari kotak, jelas dan memberi tanda (√) pada kotak jawaban yang sesuai
- Mohon tidak menandatangani Formulir Klaim ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi dengan lengkap dan benar sebelum menandatanganinya
- Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan Pemegang Polis dan/atau Peserta di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku

PERSYARATAN DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM

1. Formulir Klaim Meninggal Dunia yang telah diisi dengan benar dan lengkap, serta ditandatangani oleh Pemegang Polis atau Penerima Manfaat Polis,
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/SIM/Paspor) yang masih berlaku dari Peserta Yang Diasuransikan dan Pemegang Polis atau Penerima Manfaat dalam hal Pemegang Polis telah meninggal dunia
6. Surat Keterangan Kematian dari Pemerintah setempat,
7. Fotokopi Surat Pengubahan/Penetapan ganti nama Pemegang Polis, Peserta dan Penerima Manfaat (jika pengubahan 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 Peserta (jika ahli waris ditetapkan lebih dari satu)

Data Diri Peserta (wajib diisi semua)

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

Nama Peserta (Pasien) :

Nomor Identitas Diri Peserta (ID) :

Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita

Jenis Klaim : ☐ Meninggal karena Penyakit ☐ Meninggal karena Kecelakaan

Tanggal Lahir & Usia : __ / __ / ____ __ Tahun

Tanggal Meninggal dan Jam Meninggal : __ / __ / ____ __ : __ (hh:mm)

Tempat Meninggal : ☐ Rumah Sakit ☐ Rumah ☐ lainnya, mohon sebutkan :

Nama Rumah Sakit :

Pekerjaan terakhir Peserta saat meninggal :

Nama Perusahaan terakhir Peserta :

Nomor telepon perusahaan Peserta :

Nomor Telepon Pemegang Polis/Pengaju Klaim :

Berikan keterangan sehubungan dengan penyebab Meninggal Dunia (wajib diisi semua)

Tanggal Diagnosa pertama kali : ____ / ____ / ____ (tgl/bln/thn)

Nama Dokter yang merawat :

Nama Rumah Sakit :

Jenis Penyakit :

Proses Otopsi : ☐ Ya ☐ Tidak

Tanggal Otopsi : __ / __ / ____ (tgl/bln/thn)

Nama Saksi saat Meninggal :

Hubungan Saksi dengan Peserta : ☐ Suami ☐ Istri ☐ Anak ☐ lainnya mohon sebutkan:

Informasi Dokter, penyakit-penyakit lain yang pernah diderita termasuk sejak kapan diderita dan tempat berkonsultasi/mendapat perawatan (wajib diisi semua)

Nama Dokter yang biasa dikunjungi :

Nomor telepon Dokter yang biasa dikunjungi :

Jenis Penyakit	Diderita sejak	Nama Dokter	Nama Rumah Sakit
1)	1)	1)	1)
2)	2)	2)	2)

Tanda Tangan Pemegang Polis/Penerima Manfaat/Pengaju Klaim
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

Laporan Kepolisian (Jika penyebab meninggal dunia karena kecelakaan)

Apakah Kecelakaan ini dilaporkan kepada pihak yang berwajib? : ☐ Ya ☐ Tidak

Nomor Laporan :

Nama dan Lokasi Kantor Polisi :

Hubungan Pengaju Klaim dengan Peserta : ☐ Suami ☐ Istri ☐ Anak ☐ lainnya mohon sebutkan :

Kepesertaan di perusahaan Asuransi lain

Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) di perusahaan atau perusahaan asuransi lain? ☐ Ya ☐ Tidak

Nama Perusahaan atau Perusahaan Asuransi lainnya: Nomor Polis:

Nomor BPJS Pasien (Peserta):

Mohon untuk mencantumkan nama bank dan kantor cabang serta nomor rekening Pemegang Polis atau Penerima Manfaat atau wakil Ahli Waris untuk memudahkan pembayaran jika Klaim ini disetujui (huruf cetak),

Apabila Jumlah Penerima Manfaat melebihi dari kolom yang disediakan, mohon dapat membuat Surat Pernyataan/Amandemen untuk pembayaran Klaim.

Penerima Manfaat

Alamat tempat tinggal saat ini : ☐ Indonesia ☐ Luar Negeri, sebutkan:

Mata Uang : ☐ IDR ☐ USD

Nomor Rekening :

Nama Pemilik Rekening :

Nama Bank :

Kantor Cabang :

SWIFT Code/ABA/IBAN*

**Wajib diisi untuk pembayaran yang ditujukan ke bank di luar negeri*

PERNYATAAN PEMEGANG POLIS ATAU PENERIMA MANFAAT ATAU PENGAJU KLAIM

Pemegang Polis atau Penerima Manfaat atau Pengaju Klaim (Selanjutnya disebut "Saya/Kami") menyatakan bahwa:

1. **Semua keterangan yang Saya/Kami berikan di dalam Formulir ini dan keterangan lain yang Saya/Kami berikan kepada PT Prudential Sharia Life Assurance (selanjutnya disebut "Prudential Syariah") atau kepada pihak lain yang ditunjuk oleh Prudential Syariah (sebagaimana relevan) dan/atau keterangan yang tertulis di dalam dokumen lain yang menjadi kelengkapan dan tidak terpisahkan dari Formulir ini adalah benar, sesuai, akurat, dan tidak menyesatkan, serta tidak ada hal-hal lain yang telah Saya/Kami ketahui namun Saya/Kami sembunyikan dan/atau tidak Saya/Kami informasikan kepada Prudential Syariah.**
2. **Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya Formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya/Kami sebagai Pemegang Polis atau Penerima Manfaat.**
3. **JIKA klaim ini disetujui akan dibayarkan, Saya setuju untuk memberikan bukti pendukung berupa identitas Pemegang Polis atau Penerima manfaat atau Pengaju Klaim untuk proses verifikasi Penerimaan manfaat asuransi. Apabila bukti pendukung yang diberikan kepada perusahaan tidak bisa membuktikan hubungan kepentingan asuransi (*insurable interest*) maka Saya/Kami wajib memberikan dokumen lain yang wajar dan relevan dengan proses penyelesaian klaim diperlukan oleh Perusahaan.**
4. **JIKA klaim ternyata tidak disetujui untuk dibayarkan karena tidak sesuai dengan ketentuan polis maupun peraturan lain yang berlaku, maka semua biaya yang timbul untuk pembuktian hubungan kepentingan asuransi, jika ada, tidak menjadi kewajiban perusahaan.**
5. **Dengan telah diterimanya pembayaran Manfaat Asuransi oleh Pemegang Polis atau Penerima Manfaat dalam hal klaim telah disetujui oleh Perusahaan, maka Pemegang Polis atau Penerima Manfaat menyatakan bahwa seluruh tanggung jawab Perusahaan yang terkait dengan Polis telah selesai dilaksanakan dan Pemegang Polis atau Penerima Manfaat dengan ini membebaskan Perusahaan dari seluruh tanggung jawab hukum yang mungkin timbul di kemudian hari, apabila ada tuntutan dan/ atau gugatan hukum dari pihak manapun.**
6. **Memahami, menyetujui serta mengizinkan bahwa Prudential Syariah dari waktu ke waktu dapat mengumpulkan, menyimpan, memproses, mempergunakan dan membagikan Data Pribadi (termasuk namun tidak terbatas pada nama, alamat surat menyurat, alamat e-mail, nomor telepon, 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 Pengelola dalam rangka pemrosesan pengajuan klaim yang Saya/Kami ajukan atau untuk tujuan lain sehubungan dengan perlindungan Saya/Kami berdasarkan Polis, dengan tunduk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.**

   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

Tanda Tangan Pemegang Polis/Penerima Manfaat/Pengaju Klaim

(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

Tempat:

Tanggal: / / (tgl/bln/thn)

Nama Jelas

15011401

SURAT KUASA PEMBERIAN REKAM MEDIS
LETTER OF ATTORNEY FOR MEDICAL RECORDS

Yang bertanda tangan di bawah ini / *The Undersigned*

Nama / *Name* : …….

Tempat/Tanggal lahir / *Place/Date of birth* : ……..

Alamat / *Address* : …….

…….

No. KTP / *ID No* : …….

Hubungan dengan Peserta/Peserta : ……
Relationship with Life Assured

Saya/Kami memberikan kuasa kepada dokter / rumah sakit / klinik / laboratorium / puskesmas / petugas administrasi rumah sakit / paramedis (bidan/perawat) / perusahaan asuransi atau pihak-pihak lainnya untuk memberikan/melepas informasi riwayat kesehatan, penyakit, rawat jalan/rawat inap Saya/Kami atau data medis milik Saya / Suami / Istri / Anak / Orang Tua / Keluarga atas nama:
I / We hereby authorize the doctor / hospital / clinic / laboratory / health center / hospital administration officer / paramedic (midwife / nurse) / insurance company or other parties to provide / release information of medical history, illnesses, outpatient/inpatient or medical data of I / Husband / Wife / Child / Parent / Family on behalf of :

Nama / *Name* : .....

Tanggal lahir / *Date of Birth* : .....

kepada **PT Prudential Sharia Life Assurance ("Prudential Syariah")** atau pihak lain yang ditunjuk oleh Prudential Syariah sehubungan dengan pengajuan klaim asuransi jiwa atas nama tersebut di atas. Sehubungan dengan hal tersebut di atas, dengan ini Saya/Kami bertanggung jawab atas pelepasan informasi atau data medis tersebut dan membebaskan serta tidak akan menuntut dokter / rumah sakit / klinik / laboratorium / puskesmas / petugas administrasi rumah sakit / paramedis (bidan/perawat) / perusahaan asuransi atau pihak-pihak lain dari segala konsekuensi hukum yang timbul atau mungkin timbul dari pihak manapun*. Surat Kuasa ini ditandatangani tanpa adanya tekanan/paksaan dari pihak manapun. Saya/Kami setuju salinan Surat Kuasa ini berlaku sama kuatnya seperti yang asli.
*To PT Prudential Sharia Life Assurance (**"Prudential Syariah"**) or any other party designated by Prudential Syariah in connection with the filing of insurance claims on behalf of the above. In connection with the above, with this I / We are responsible for the release of information or medical data and free up and would not require the doctor / hospital / clinic / laboratory / health center / hospital administration officer / paramedic (midwife / nurse) / insurance companies 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 / We agree that a copy of this Letter of Attorney shall be as valid as the original.*

Tanggal / *date* :

Tanda tangan dan nama jelas / *Signature and name*

* Surat Kuasa ini tidak berakhir apabila tidak ada permintaan pembatalan dari Saya/Kami, maupun oleh sebab-sebab yang disebutkan dalam Pasal 1813, Pasal 1814 dan Pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia.
This Letter of Attorney shall not expire if there is no cancellation request submitted by me / us, as well as the causes mentioned in Article 1813, Article 1814 and Article 1816 of the Indonesian Civil Code.