



PT Prudential Life Assurance
 Prudential Tower
 Jl. Jend. Sudirman Kav. 79, Jakarta 12910
 Customer Care: 1500085/ customer.idn@prudential.co.id
 www.prudential.co.id

PT Prudential Life Assurance terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

20 *tabun*
melayani Indonesia
 2015

FORMULIR PERMOHONAN SURAT KOORDINASI MANFAAT*

Saya yang bertanda tangan di bawah ini mengajukan permohonan untuk pembuatan Surat Koordinasi Manfaat atas klaim polis saya yang telah disetujui oleh PT Prudential Life Assurance (Prudential Indonesia) dengan data sebagai berikut:

No. Polis	:	<input type="text"/>
Nama Pemegang Polis	:	<input type="text"/>
Nama Tertanggung Utama	:	<input type="text"/>
Tanggal Perawatan	:	<input type="text"/>
Nama Rumah Sakit	:	<input type="text"/>
Nama Perusahaan/ Asuransi yang dituju	:	<input type="text"/>
Alamat Perusahaan/ Asuransi yang dituju	:	<input type="text"/>
No.Telp. Perusahaan/ Asuransi yang dituju	:	<input type="text"/> - <input type="text"/>
Contact Person di Perusahaan/ Asuransi yang dituju	:	<input type="text"/>
Jumlah klaim yang telah disetujui oleh Prudential Indonesia	:	<input type="text"/>

Mohon kirimkan Surat Koordinasi Manfaat sesuai alamat rumah saya yang tercatat pada sistem Prudential Indonesia.

PERNYATAAN PEMEGANG POLIS DAN/ATAU TERTANGGUNG

Pemegang Polis dan/atau Tertanggung (selanjutnya disebut "Saya") menyatakan bahwa:

1. Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini adalah benar telah Saya tuliskan dan tidak ada keterangan maupun hal-hal lainnya yang Saya sembunyikan.
2. Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya.

Dinyatakan di : _____

Tanggal : / / (tgl/bln/thn)

Tanda Tangan & Nama Jelas Pemegang Polis

Catatan:

* Surat Koordinasi Manfaat hanya dapat diberikan satu kali untuk satu tanggal perawatan dan untuk satu tujuan perusahaan/asuransi