



FORMULIR KLAIM MANFAAT RAWAT INAP DAN RAWAT JALAN

- Yang berhak mengajukan klaim adalah Pemegang Polis, jika Pemegang Polis sama dengan Tertanggung/Peserta dan meninggal dunia, maka yang berhak mengajukan klaim adalah Penerima Manfaat.
- Formulir klaim ini hanya berlaku untuk Pemegang Polis dengan pengajuan klaim atas 1 (satu) nama Tertanggung/Peserta dalam Satu Periode Rawat Inap.
- Jika terdapat perbedaan dalam pengajuan periode rawat inap, maka harap melampirkan formulir klaim yang berbeda yang ditandatangani oleh Pemegang Polis sesuai dengan Polis yang diajukan tersebut.
- Dalam hal Tertanggung/Peserta memiliki manfaat pertanggungan rawat inap di polis lainnya dengan Pemegang Polis yang berbeda dengan Pemegang polis atas pengajuan klaim ini dan bersedia untuk mengajukan klaim rawat inap 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 Pemegang Polis dan/atau Tertanggung/Peserta di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku.
- Kami berhak menunda klaim, jika persyaratan kelengkapan dokumen pengajuan klaim tersebut di bawah ini tidak lengkap.
- Demi kenyamanan Nasabah, kami menyarankan agar menggunakan metode penjaminan/cash/less jika ada rawat inap berikutnya.
- Data yang telah diisi pada formulir ini akan digunakan sebagai informasi untuk pengkinian data pada polis nasabah.

I. Jenis Klaim Manfaat Asuransi

Mohon beri tanda (v) sesuai jenis klaim manfaat asuransi yang diajukan

- Manfaat Klaim Santunan Harian Rawat Inap dan manfaat sejenisnya
 (termasuk PRUMed/Syariah, PRUMed Cover/Syariah, PRUMed Cover Plus/Syariah, PRUHospital Care/PRUHospital Care Plus, PRUMedika Prima, Hospital Cash Plan, Hospital in Safe, PRUHospital Advantage)
- Manfaat Penggantian Biaya Perawatan Sesuai Limit dan manfaat sejenisnya
 (termasuk PRUHospital & Surgical/Syariah, PRUHospital & Surgical 75/Syariah, PRUHospital & Surgical Cover/Syariah, PRUHospital & Surgical Cover Plus/Syariah)
- Manfaat Penggantian Biaya Perawatan Sesuai Tagihan* dan manfaat sejenisnya
 (termasuk PRUPrime Healthcare/Syariah, PRUPrime Healthcare Plus/Syariah, PRUSolusi Sehat/Syariah)
- Manfaat Penggantian Biaya Perawatan Kondisi Kritis Sesuai Tagihan dan manfaat sejenisnya
 (termasuk PRUCritical Hospital Cover/Syariah)

*untuk manfaat tertentu

II. Data Diri Pemegang Polis (*wajib diisi)

1. Nomor Polis* :
2. Nama Pemegang Polis* :
3. Tanggal Lahir Pemegang Polis* : - -
 (tanggal) (bulan) (tahun)
4. Jenis Kelamin* : Pria Wanita
5. Nomor Telepon Pemegang Polis* (HP/Rumah yang aktif dihubungi) : -
 (kode area)
6. Alamat E-mail Pemegang Polis :

III. Data Diri Tertanggung/Peserta (wajib diisi)

1. Nama Tertanggung/Peserta :
2. Tanggal Lahir Tertanggung/Peserta : - -
 (tanggal) (bulan) (tahun)
3. Jenis Kelamin : Pria Wanita

IV. Data Klaim Kesehatan

Mohon diisi dan dilengkapi sesuai dengan manfaat klaim yang diajukan

1. Pengajuan Manfaat Rawat Inap
- a. Tanggal Rawat Inap : - - s/d - -
 (tanggal) (bulan) (tahun) (tanggal) (bulan) (tahun)
- b. Lama Hari Rawat Inap :
- c. Khusus untuk pengajuan manfaat PRUPrime Healthcare Plus/Syariah & PRUSolusi Sehat/Syariah, apakah mengajukan manfaat Santunan Harian Rawat Inap?
 Ya Tidak
2. Pengajuan Manfaat Rawat Jalan
- a. Tanggal Rawat Inap (jika ada) untuk manfaat pre dan post : - - s/d - -
 (tanggal) (bulan) (tahun) (tanggal) (bulan) (tahun)
- b. Mohon beri tanda (v) pada manfaat rawat jalan yang diajukan : Rawat Jalan sebelum/setelah rawat inap Rawat Jalan Cuci Darah
 Tindakan Bedah Rawat Jalan Rawat Jalan Kanker
 Rawat Jalan sebelum/setelah Bedah Rawat Jalan Fisioterapi
 Rawat Jalan Darurat/Darurat lanjutan hanya kecelakaan Home Nursing/Juru Rawat
- c. Mohon sebutkan seluruh tanggal rawat jalan yang diajukan pada klaim ini :
3. Khusus manfaat santunan selain santunan harian rawat inap, mohon beri tanda (v) pada manfaat klaim di bawah ini jika diajukan
- Santunan Pemakaman (PRUPrime Healthcare/Syariah, PRUHospital & Surgical Cover Plus) Santunan Dana Marhamah (PRUPrime Healthcare Syariah, PRUHospital & Surgical Cover Plus, PRUSolusi Sehat/Syariah)
- Santunan Meninggal akibat Kecelakaan (PRUHospital & Surgical Cover Plus) Santunan HIV (PRUPrime Healthcare/Syariah, PRUHospital & Surgical Cover Plus, PRUSolusi Sehat/Syariah)
4. Khusus untuk pengajuan manfaat PRUCritical Hospital Cover/Syariah, apakah Tertanggung/Peserta telah didiagnosa oleh Dokter untuk kondisi kritis sebagai berikut: Kanker/Stroke/Serangan Jantung/Gagal Ginjal/Bypass Grafting Arteri Koroner/Bedah Katup Jantung/Bedah Aorta/Bedah Pengangkatan Satu Paru-Paru/Bedah Pengangkatan satu Ginjal/Bedah Penyakit Liver/Transplantasi Organ Utama/Angioplasty dan/perawatan invasif untuk Penyakit Arteri Koroner?
 Ya Tidak
5. Nama Dokter yang merawat :
6. Nama Rumah Sakit :
7. Diagnosis :
8. Alasan Rawat : Penyakit Kecelakaan
9. Apakah ini merupakan klaim perawatan di Luar Negeri? : Ya Tidak Jika Ya, sebutkan nama negara
10. Apakah dilakukan tindakan pembedahan? : Ya Tidak Jika Ya, sebutkan tindakan bedah



11. Apakah klaim yang diajukan merupakan klaim koordinasi manfaat dengan perusahaan/asuransi lain?

Ya Mohon sebutkan nama Perusahaan/Asuransi lain Nomor Polis

Tidak

12. Apakah klaim yang diajukan merupakan penjaminan BPJS?

Ya Mohon sebutkan nomor kepesertaan BPJS

Tidak

13. Pemegang Polis/Penerima Manfaat ("Saya/Kami") bersedia untuk memproses semua manfaat berkaitan dengan manfaat Rawat Inap yang dipilih untuk semua polis aktif yang Saya/Kami miliki sesuai dengan ketentuan Polis yang berlaku.

(Apabila nasabah tidak memilih opsi ini, maka PT Prudential Life Assurance ("Prudential") hanya akan memproses manfaat untuk nomor polis yang dicantumkan)

Ya Tidak

V. Informasi Rekening Bank Pemegang Polis untuk Pembayaran jika Klaim Disetujui (huruf cetak)

1. Nama Pemilik Rekening :

2. Alamat Tinggal Saat Ini : Indonesia Luar Negeri, sebutkan :

3. Jenis Mata Uang : IDR Lainnya, sebutkan :

4. Nomor Rekening :

5. Nama Bank :

6. Cabang/Unit :

7. Kota :

8. Negara Bank :

9. SWIFT Code/ABA/IBAN* :

Catatan: Mohon diisi dengan data rekening Pemegang Polis/Penerima Manfaat jika Pemegang Polis meninggal dunia. Segala kesalahan penulisan data rekening menjadi tanggung jawab Pemegang Polis/Tertanggung/Penerima Manfaat.
 *Wajib diisi untuk pembayaran ditujukan ke bank di luar negeri

VI. Pernyataan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung/Peserta/Penerima Manfaat

Pemegang Polis dan/atau Tertanggung/Peserta/Penerima Manfaat (selanjutnya disebut "Saya/Kami") menyatakan bahwa:

- Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini adalah benar telah Saya/Kami tuliskan dan tidak ada keterangan maupun hal-hal lainnya yang Saya/Kami sembunyikan.
- Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya Formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap sepenuhnya menjadi tanggung jawab Saya/Kami.
- Saya/Kami setuju dan mengisi dengan lengkap SURAT KUASA PEMBERIAN DATA MEDIS yang dilampirkan pada formulir klaim ini.
- Saya/Kami memberikan kuasa kepada Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Laboratorium/Puskesmas/Petugas Administrasi Rumah Sakit Paramedis (Bidan/Perawat)/Perusahaan Asuransi atau pihak-pihak lainnya yang mempunyai catatan keterangan tentang diri Saya/Kami berhubungan dengan riwayat kesehatan, penyakit, atau perawatan Saya/Kami atau data medis milik Suami/Istri/Anak/Orang Tua/Keluarga Saya/Kami atas nama:

Nama :

Tanggal Lahir : - -
 (tanggal) (bulan) (tahun)

kepada Prudential termasuk karyawan atau pihak lain yang ditunjuk oleh Prudential sehubungan dengan pengajuan klaim asuransi jiwa/kesehatan 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/RumahSakit/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. 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.

Pernyataan Kuasa ini ditandatangani tanpa adanya tekanan/paksaan dari pihak manapun. Saya/Kami setuju bahwa salinan Pernyataan Kuasa ini sama dengan Surat Kuasa dan berlaku sama kuatnya seperti yang asli.

- Jika pada proses pengajuan klaim ini diperlukan korespondensi dan komunikasi dari Prudential kepada Pemegang Polis, Penerima Manfaat dan/atau Tertanggung/Peserta sehubungan dengan data medis Tertanggung/Peserta, keputusan klaim dan lain-lain, termasuk melampirkan dan memberikan salinan dokumen-dokumen yang berisikan informasi lain mengenai diri Tertanggung/Peserta yang diperoleh dari setiap Tenaga Medis, 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 Tertanggung/ Peserta pada korespondensi dan komunikasi yang dikeluarkan oleh Prudential, maka dengan ini Saya/Kami bersedia agar salinan seluruh korespondensi dan komunikasi atas pengajuan klaim ini, termasuk dengan dokumen-dokumen sebagaimana tersebut di atas dapat diketahui juga oleh dan/atau diberikan juga melalui Tenaga Pemasar Saya/Kami.

Bersedia Tidak Bersedia

(Jika pilihan tersebut tidak diisi, maka seluruh korespondensi dan komunikasi dilakukan oleh Prudential melalui Pemegang Polis tanpa diketahui oleh Tenaga Pemasar)

- Dalam hal Prudential memerlukan informasi tambahan dari perusahaan asuransi lain dan/atau instansi lainnya, Saya/Kami mengizinkan Prudential untuk memberikan data-data Polis Saya/Kami dapatkan informasi yang diperlukan tersebut.

*jika Pernyataan bagian VI ini diperlukan asli, maka akan dikirimkan kepada Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Laboratorium/Puskesmas/Petugas Administrasi Rumah Sakit/Paramedis (Bidan/Perawat)/ Perusahaan Asuransi atau pihak-pihak lain yang relevan.

- Saya/Kami mengerti dan menyetujui bahwa data yang telah diisi pada Formulir ini akan digunakan sebagai informasi untuk pengkinian data di Polis Saya/Kami.

Tempat :

Tanggal : - -
 (tanggal) (bulan) (tahun)

Tanda Tangan & Nama Pemegang Polis/
 Penerima Manfaat*
 (sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

Nama Jelas :
 Tanggal lahir :
 No KTP/ID :
 *Diisi oleh Penerima Manfaat, jika Pemegang Polis sama dengan Tertanggung/Peserta dan Meninggal dunia

Tanda Tangan & Nama Tertanggung/Peserta*

(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

Nama Jelas :
 Tanggal lahir :
 No KTP/ID :
 *Bagi Tertanggung/Peserta yang berusia di bawah 17 tahun tidak wajib mengisi, kecuali sudah menikah



VII. Persyaratan Kelengkapan Dokumen Pengajuan Klaim

Persyaratan untuk pengajuan klaim manfaat santunan harian rawat inap dan/atau dengan metode penggantian sebagai berikut.

1. Formulir klaim yang telah diisi dengan benar dan lengkap.
2. Kartu Identitas Pemegang Polis/Penerima Manfaat* dan Tertanggung/Peserta (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku.
*Kartu Identitas Penerima Manfaat diperlukan jika Pemegang Polis meninggal dunia
3. Kartu Identitas Tertanggung/Peserta (Jika Tertanggung/Peserta usia di atas 17 tahun/sudah menikah).
4. Surat Keterangan dokter dan/resume medis yang telah diisi lengkap, jelas, dan ditandatangani oleh dokter yang merawat Tertanggung/Peserta.
5. Kuitansi Asli (untuk pengajuan manfaat klaim sesuai limit dan manfaat klaim sesuai tagihan).
6. Fotokopi kuitansi yang dilegalisir asli (untuk pengajuan klaim manfaat santunan harian rawat inap).
7. Rincian detail kuitansi perawatan.
8. Salinan/fotokopi hasil pemeriksaan penunjang diagnostik/laboratorium.
9. Surat Koordinasi Manfaat dari Asuransi lain beserta lampirannya, jika penanggung pertama adalah asuransi lain (untuk pengajuan klaim manfaat sesuai tagihan).
10. Kronologis kecelakaan (disertai Laporan Kecelakaan jika melibatkan pihak kepolisian) apabila mengajukan klaim kecelakaan.
11. Fotokopi Buku Tabungan halaman pertama atas nama Pemegang Polis atau para Penerima Manfaat.
12. Surat Keterangan dari bagian administrasi Rumah Sakit yang menjelaskan bahwa kamar sesuai plan tidak tersedia/penuh (untuk pengajuan klaim **PRU**Prime Healthcare Plus/Syariah, **PRU**Critical Hospital Cover/Syariah, dan **PRU**Solusi Sehat/Syariah).
13. Surat Keterangan Penjaminan BPJS format Prudential apabila klaim dijaminan BPJS dan tidak dapat melampirkan dokumen rincian biaya rawat inap.
14. Surat Keterangan Pembayaran Klaim dari Asuransi/Instansi untuk klaim Manfaat Santunan Harian Rawat Inap pada **PRU**Prime Healthcare Plus/Syariah/**PRU**Solusi Sehat/Syariah jika nama Asuransi/Instansi penjamin tidak terinformasi pada rincian rawat inap.
15. Apabila diagnosis klaim berkaitan dengan Anemia, Leukimia, Gangguan Pernafasan, Gangguan Saluran Cerna, Gangguan Ginjal, Hepatitis, Sirosis Hati, Hernia Nukleus Pulposus (HNP), Sakit Kepala, Tekanan Darah Tinggi, Stroke, Kanker, Tumor, Kista dan Benjolan, Kecelakaan Lalu Lintas, serta Perawatan di Cina, mohon dapat melampirkan kuesioner. Kuesioner tersebut diunduh melalui website www.prudential.co.id. Untuk diagnosis lain akan kami mintakan kuesioner khusus untuk diisi kemudian jika diperlukan.
16. Dokumen lain yang dianggap perlu oleh Penanggung/Pengelola.

Persyaratan untuk pengajuan klaim manfaat Santunan Pemakaman atas asuransi **PRU**Prime Healthcare/Syariah, **PRU**Prime Healthcare Plus/Syariah, **PRU**Solusi Sehat/Syariah dan/atau Santunan Dana Marhamah atas asuransi **PRU**Prime Healthcare/Syariah, **PRU**Prime Healthcare Plus/Syariah, **PRU**Solusi Sehat/Syariah sebagai berikut.

1. Polis asli atau dalam hal Polis dibuat dalam bentuk elektronik, maka Pemegang Polis wajib menyerahkan Ringkasan Polis asli.
2. Formulir klaim yang telah diisi dengan benar dan lengkap.
3. Surat Keterangan Dokter untuk klaim meninggal dunia yang telah diisi lengkap dan jelas oleh dokter yang merawat Tertanggung/Peserta.
4. Catatan medis atau resume medis Tertanggung/Peserta yang lengkap dan jelas.
5. Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi.
6. Fotokopi KTP atau tanda kenal diri Pemegang Polis dan Penerima Manfaat dalam hal Pemegang Polis telah meninggal dunia (untuk Pemegang Polis orang perseorangan) atau Surat Keterangan dari Pemegang Polis yang menjelaskan bahwa Tertanggung/Peserta masih bekerja di Pemegang Polis (untuk Pemegang Polis perusahaan atau badan usaha).
7. Fotokopi Surat Keterangan Kematian Tertanggung/Peserta yang diterbitkan oleh instansi yang berwenang.
8. Fotokopi Surat Perubahan Nama Pemegang Polis (untuk Pemegang Polis orang perseorangan), Peserta/Tertanggung, dan Penerima Manfaat, jika pernah dilakukan perubahan nama.
9. Fotokopi akta perubahan anggaran dasar beserta persetujuan atau bukti pencatatan dari Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia sebagaimana disyaratkan oleh peraturan perundang-undangan dan dokumen pengangkatan direksi/pihak yang berwenang lainnya untuk Pemegang Polis perusahaan atau badan usaha.
10. Berita Acara Kepolisian asli jika Tertanggung/Peserta meninggal karena Kecelakaan yang diproses oleh pihak Kepolisian.
11. Dokumen lain yang dianggap perlu oleh Penanggung/Pengelola.

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

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

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

(*) Dapat di isi oleh Pemegang Polis apabila Tertanggung/Peserta tidak cakap hukum/sakit /meninggal dunia dan dapat diisi oleh Penerima Manfaat dalam hal Tertanggung/Peserta sama dengan Pemegang Polis dan tidak cakap hukum/sakit/meninggal dunia.
Can be filled by Policy Owner if the Life Assured/Participant legally incapable/ill/deceased and can be filled by Beneficiary if the Life Assured/Participant 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 Tertanggung/Peserta, untuk mengungkapkan atau memberikan kepada PT Prudential Life Assurance semua catatan/informasi riwayat kesehatan atau perawatan atau informasi lain mengenai diri Tertanggung/Peserta.
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/Participants to disclose or give to PT Prudential Life Assurance all medical history records/information or treatments or other information about the insured/participants.

Saya juga memberikan kuasa dan izin kepada PT Prudential Life Assurance untuk meminta dan atau memberikan catatan riwayat kesehatan Tertanggung/Peserta atau informasi lain mengenai diri Tertanggung/Peserta 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 Tertanggung/Peserta kepada Tenaga Pemasar / Perusahaan Asuransi / Perusahaan Reasuransi / Badan / Instansi / Lembaga atau pihak lain yang berkepentingan.
I also authorize to PT Prudential Life Assurance to request and/or provide medical history records of Life Assured/Participant or other information about the Insured/Participants 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 / Reinsurance Company, Institution or other interested parties.

Nama Tertanggung/Peserta :
Name of Life Assured/Participant
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 Tertanggung/Peserta dari segala konsekuensi hukum yang timbul atau mungkin timbul dari pihak manapun. Surat Kuasa ini ditandatangani tanpa adanya tekanan/paksaan 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 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 Tertanggung/Peserta/Pemegang Polis /Penerima Manfaat **
*Signature and Name of Life Assured/Participant/Policy Owner /Beneficiary ***

Materai 10000

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

1 5 0 1 1 4 0 1



Panduan/Checklist Kelengkapan Dokumen Untuk Klaim Rawat Inap Metode Penggantian

Pastikan seluruh dokumen yang dikirim dalam **Bahasa Indonesia** atau **Bahasa Inggris**.

Pastikan seluruh dokumen yang dikirim **dapat dibaca dengan jelas**.

Disarankan menggunakan klaim **metode penjaminan (cashless)** untuk klaim berikutnya agar penjaminan klaim rawat inap lebih cepat, mudah, dan nyaman.

Informasi lebih lengkap dapat diakses pada: <https://www.prudential.co.id/id/claims-support/claim/>

Untuk klaim rawat inap, sebelum/sesudah rawat inap metode penggantian:

- 1. **Formulir klaim rawat inap** yang telah diisi dengan benar dan lengkap serta ditandatangani oleh Pemegang Polis/Tertanggung/Peserta.
- 2. **Surat Keterangan Dokter Rawat Inap dan/atau resume medis** yang telah diisi lengkap, jelas, dan ditandatangani oleh dokter yang merawat Tertanggung/Peserta; disertai cap stempel RS/Klinik dan cap stempel dokter yang merawat.
- 3. **Kuitansi Asli** (untuk pengajuan manfaat klaim sesuai limit dan manfaat klaim sesuai tagihan).
Jika mengajukan manfaat santunan harian rawat inap: Fotokopi kuitansi yang dilegalisir asli.
- 4. **Rincian detail seluruh kuitansi** perawatan (kuitansi mengacu pada poin 3) termasuk **rincian obat**.
- 5. Fotokopi **seluruh hasil dan interpretasi hasil pemeriksaan penunjang laboratorium dan/atau diagnostik** pada saat perawatan:

<input type="checkbox"/> Hasil Pemeriksaan Laboratorium	<input type="checkbox"/> Hasil Patologi Anatomi (PA) dan interpretasi
<input type="checkbox"/> Hasil Rontgen dan interpretasi	<input type="checkbox"/> Hasil USG dan interpretasi
<input type="checkbox"/> Hasil CT-Scan dan interpretasi	<input type="checkbox"/> Hasil Angiografi dan interpretasi
<input type="checkbox"/> Hasil MRI dan interpretasi	<input type="checkbox"/> Lain-lain:

6. **Surat Kuasa Data Medis** bermeterai Rp 10,000.

7. **Kuesioner terkait diagnosis klaim:** bila diagnosis klaim berkaitan dengan:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Gangguan Ginjal | <input type="checkbox"/> Tekanan Darah Tinggi/Hipertensi | <input type="checkbox"/> Operasi |
| <input type="checkbox"/> Leukimia | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Stroke | <input type="checkbox"/> Kecelakaan Lalu Lintas |
| <input type="checkbox"/> Gangguan Pernafasan | <input type="checkbox"/> Sirosis Hati | <input type="checkbox"/> Kanker | <input type="checkbox"/> Perawatan di Cina |
| <input type="checkbox"/> Gangguan Saluran Cerna | <input type="checkbox"/> Hernia Nukleus Pulposus (HNP) | <input type="checkbox"/> Tumor, Kista, dan Benjolan | |
| <input type="checkbox"/> Arthritis, Rematik, Kelainan Sendi | <input type="checkbox"/> Epilepsi/Kejang | <input type="checkbox"/> Gondok/Tiroid | |
| <input type="checkbox"/> Katarak | <input type="checkbox"/> Sakit Kepala | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus/Kencing Manis | |

(dapat diunduh pada <https://www.prudential.co.id/id/claims-support/claim/formulir-claim/>)

8. **Kartu Identitas Pemegang Polis dan Tertanggung/Peserta (KTP/SIM/Paspor)** yang masih berlaku.

*Jika Pemegang Polis meninggal dunia: Kartu Identitas **Penerima Manfaat (KTP/SIM/Paspor)**.*

9. **Fotokopi Buku Tabungan halaman pertama** atas nama Pemegang Polis atau para Penerima Manfaat.

Dokumen tambahan khusus:

10. *Jika klaim kecelakaan: **Kronologis kecelakaan/Kecelakaan Lalu Lintas***

- 10.1. Jika melibatkan pihak kepolisian: Laporan Kecelakaan
- 10.2. Jika Tertanggung/Peserta adalah pengemudi kendaraan: **SIM yang masih berlaku**

11. *Jika sebagian telah dijamin asuransi lain (termasuk BPJS): **seluruh lampiran berikut:***

- 11.1. **Surat Koordinasi Manfaat** dari Asuransi lain
- 11.2. **Kuitansi selisih asli** (biaya yang tidak dijamin)
- 11.3. **Rekapitulasi (Rincian) biaya** yang sudah dijamin oleh Asuransi lain

12. *Jika telah dijamin BPJS dan tidak dapat melampirkan dokumen rincian biaya rawat inap: **Surat Keterangan Penjaminan BPJS format Prudential dan kuitansi selisih asli** (seperti pada poin 11).*

(dapat diunduh pada <https://www.prudential.co.id/export/sites/prudential-id/id/galleries/pdf/formulir-keterangan-penjaminan-bpjs.pdf>)

Dokumen tambahan khusus pengajuan klaim PRUPrime Healthcare Plus/Syariah, PRUCritical Hospital Cover/Syariah, dan PRUSolusi Sehat/Syariah:

13. *Jika kamar sesuai plan tidak tersedia/penuh: **Surat Keterangan** dari bagian administrasi Rumah Sakit yang menjelaskan bahwa kamar sesuai plan tidak tersedia/penuh.*

14. *Jika mengajukan klaim Manfaat Santunan Harian Rawat Inap pada **PRUPrime Healthcare Plus/Syariah/PRUSolusi Sehat/Syariah**: Surat Keterangan Pembayaran Klaim dari Asuransi/Instansi lain (Surat Koordinasi Manfaat).*

Panduan/Checklist Kelengkapan Dokumen Untuk Klaim Rawat Inap Metode Penggantian

Untuk klaim manfaat Santunan Pemakaman dan/atau Santunan Dana Marhamah atas asuransi PRUPrime Healthcare/Syariah, PRUPrime Healthcare Plus/Syariah, PRUSolusi Sehat/Syariah, manfaat Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan atas asuransi PRUHospital&Surgical Cover Plus/Syariah:

1. **Formulir Klaim Meninggal** yang telah diisi dengan benar dan lengkap oleh Pemegang Polis atau para Penerima Manfaat (jika Pemegang Polis sudah meninggal dunia).
2. **Surat Keterangan Dokter untuk klaim meninggal dunia** yang telah diisi lengkap dan jelas oleh dokter yang merawat Tertanggung/Peserta disertai cap stempel RS/Klinik dan cap stempel dokter yang merawat.
3. Catatan medis atau **resume medis** Tertanggung/Peserta yang lengkap dan jelas.
4. Fotokopi **seluruh hasil dan interpretasi hasil pemeriksaan penunjang laboratorium dan atau diagnostik** pada saat perawatan:

<input type="checkbox"/> Hasil Pemeriksaan Laboratorium	<input type="checkbox"/> Hasil Patologi Anatomi (PA) dan interpretasi
<input type="checkbox"/> Hasil Rontgen dan interpretasi	<input type="checkbox"/> Hasil USG dan interpretasi
<input type="checkbox"/> Hasil CT-Scan dan interpretasi	<input type="checkbox"/> Hasil Angiografi dan interpretasi
<input type="checkbox"/> Hasil MRI dan interpretasi	<input type="checkbox"/> Lain-lain:
5. Fotokopi **Akta Kematian dari Catatan Sipil** atas nama Tertanggung/Peserta.
6. Fotokopi **KTP atau tanda kenal diri** Pemegang Polis dan Penerima Manfaat (bila Pemegang Polis telah meninggal dunia).
7. *Untuk Pemegang Polis perusahaan atau badan usaha*: Surat Keterangan dari Pemegang Polis yang menjelaskan bahwa Tertanggung/Peserta masih bekerja di Pemegang Polis.
8. *Jika pernah dilakukan perubahan nama*: Fotokopi **Surat Perubahan Nama** Pemegang Polis (untuk Pemegang Polis perseorangan), Tertanggung/Peserta, dan Penerima Manfaat.
9. Fotokopi **Buku Tabungan halaman pertama** atas nama Pemegang Polis atau para Penerima Manfaat.
10. *Jika meninggal karena kecelakaan yang diproses oleh pihak kepolisian*: **Berita Acara Kepolisian asli**.
11. *Untuk Pemegang Polis perusahaan atau badan usaha*: **Fotokopi akta perubahan anggaran dasar beserta persetujuan atau bukti pencatatan dari Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia** sebagaimana disyaratkan oleh peraturan perundang-undangan dan dokumen pengangkatan direksi/pihak yang berwenang lainnya.