

**FORMULIR KLAIM RAWAT INAP**  
*HOSPITALIZATION CLAIM FORM*

Nomor Polis/ *Policy Number* :

Nama Pemegang Polis/ *Policy Holder* : .....

Pasien (*Tertanggung*)/*Patient*(*Life Assured*) : .....  **Laki-Laki**  **Perempuan**  
*Male Female*

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

Jenis Klaim/*Type of Claim* :  **PRU***hospital&surgical*  **PRU***med*  *Lainnya/Others*.....

Jenis Layanan/*Type of Service* :  *Rawat Inap*  *Pre-Post Rawat Inap*  *Rawat Jalan*  
*Hospitalization Pre-post Hospitalization Out Patient*

Alasan Rawat Inap/*Reason of Hospitalization* :  *Penyakit/Illness*  *Kecelakaan/Accident*

Tanggal Perawatan/*Date of Treatment* : .....sampai/*to*.....

Diagnosis/*Diagnosis* : .....

Tanggal Diagnosis Pertama Kali Ditegakkan (tgl/bln/th) :  /  /   
*Date when Diagnosis was First Established (dd/mm/yy)*

Jenis Gejala yang Dirasakan /*Type of Symptoms* : .....

Tanggal Gejala Pertama Kali Dirasakan (tgl/bln/th) :  /  /   
*Date when Nature of Symptoms were First Detected (dd/mm/yy)*

Riwayat Penyakit Sebelumnya/*History of the Disease* : .....

Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain?  *Ya/Yes*  *Tidak/No*

*Is the patient insured by other insurance companies?*

Nama Perusahaan Asuransi : ..... No Polis : .....  
*Name of Insurer Policy Number*

Mohon cantumkan nama bank dan kantor cabang serta nomor rekening pemegang polis untuk memudahkan pembayaran **jika klaim ini disetujui** (huruf cetak). *Please fill in your complete bank address, to transfer the funds once the claim is approved.*

Mata Uang/*Currency* :  *IDR*  *USD*

No. Rek/*Account* :

Nama/*Name* :

Nama Bank/*Bank* :

Kantor Cabang/*Branch* :

Tanggal  
*Date*

Tanda Tangan & Nama Pemegang Polis  
*Signature & Name of Policy Holder*

Tanda Tangan & Nama Tertanggung  
*Signature & Life Insured*

**SURAT KUASA PEMBERIAN REKAM MEDIS**  
**POWER OF ATTORNEY FOR MEDICAL RECORDS**

Yang bertanda tangan di bawah ini/*The Undersigned* :

Nama : .....  
*Name*  
Umur : ..... tahun  
*Age* *years old*  
Alamat : .....  
*Address*  
.....  
.....  
No. KTP : .....  
*ID No*

Hubungan dengan Tertanggung :  Sendiri  Suami  Istri  Anak  
*Relationship with the Life Assured* *Self* *Husband* *Wife* *Child*

Saya memberi kuasa kepada setiap dokter, klinik, puskesmas, rumah sakit, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan atas diri saya, untuk memberitahukan kepada **PT Prudential Life Assurance** atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan saya baik selama saya masih hidup atau telah meninggal. Saya setuju bahwa salinan Surat Kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan sah seperti aslinya.

*I hereby authorize any doctors, clinic, public health center, hospital, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information on me and my health whether I am still alive or dead to give them to PT Prudential Life Assurance or its authorized institution. I agree that a photocopy of this power of attorney should be as valid and legal as the original.*

Tanggal :   
*Date*

Nama :   
*Name*

Tandatangan :   
*Signature*