



15010621

PT Prudential Life Assurance berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

FORMULIR KLAIM MANFAAT RAWAT INAP DAN RAWAT JALAN

- Yang berhak mengajukan klaim adalah Pemegang Polis. Jika Pemegang Polis sama dengan Tertanggung 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 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.
- Apabila Tertanggung memiliki manfaat pertanggungan rawat inap pada polis lain dengan Pemegang Polis yang berbeda dari Pemegang Polis pada pengajuan klaim ini, dan bersedia untuk mengajukan klaim rawat inap tersebut, maka harap melampirkan formulir klaim yang terpisah.
- 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 di sebelumnya 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, disarankan menggunakan klaim **metode penjaminan (cashless)** untuk klaim berikutnya agar penjaminan klaim rawat inap lebih cepat, mudah, dan nyaman.
- 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, PRUMed Cover, PRUMed Cover Plus, 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, PRUHospital & Surgical 75, PRUHospital & Surgical Cover, PRUHospital & Surgical Cover Plus, PRUSehat)
- ☐ **Manfaat Penggantian Biaya Perawatan Sesuai Tagihan* dan manfaat sejenisnya**
(termasuk PRUPrime Healthcare, PRUPrime Healthcare Plus, PRUSolusi Sehat, PRUWell Health, PRUWell Medical)
- ☐ **Manfaat Penggantian Biaya Perawatan Kondisi Kritis Sesuai Tagihan dan manfaat sejenisnya**
(termasuk PRUCritical Hospital Cover)

*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 (wajib diisi)

1. Nama Tertanggung :
2. Tanggal Lahir Tertanggung : - -
(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 & PRUSolusi Sehat dengan koordinasi manfaat asuransi lain, apakah selisih biayanya akan diajukan sebagai 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, PRUWell Health, PRUWell Medical, PRUPrime Healthcare Plus, PRUSolusi Sehat)
- ☐ Santunan Meninggal akibat Kecelakaan (PRUHospital & Surgical Cover Plus) ☐ Santunan HIV (PRUPrime Healthcare, PRUPrime Healthcare Plus, PRUSolusi Sehat)
4. Khusus untuk pengajuan manfaat PRUCritical Hospital Cover, apakah Tertanggung 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

(Harap dapat memperhatikan pernyataan sebagaimana dimaksud dalam romawi VII mengenai Pernyataan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung/Penerima Manfaat no. 9)

12. Apakah klaim yang diajukan merupakan penjaminan BPJS?

☐ Ya Mohon sebutkan nomor kepesertaan BPJS

☐ Tidak

13. Pemegang Polis/Penerima Manfaat ("SAYA/KAMI" dengan Tertanggung yang sama) 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 Prudential Indonesia 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. Jika Pemegang Polis telah meninggal dunia, maka harap mengajukan Perubahan Pemegang Polis. Segala kesalahan penulisan data rekening menjadi tanggung jawab Pemegang Polis. Apabila data rekening yang dituliskan pada formulir ini tidak sesuai dan/atau tidak aktif maka Pemegang Polis mengizinkan serta memberikan kewenangan kepada Prudential Indonesia untuk membayarkan manfaat klaim ke rekening Pemegang Polis lainnya yang pernah digunakan untuk proses pengajuan klaim sebelumnya (jika ada) dan/atau yang terdaftar di sistem Prudential Indonesia. Pemegang Polis membebaskan dan melepaskan Prudential Indonesia atas seluruh tuntutan, tindakan hukum dan permintaan ganti rugi dalam bentuk apapun terkait dengan proses tersebut.

*Wajib diisi untuk pembayaran ditujukan ke bank di luar negeri

VI. Pernyataan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung/Penerima Manfaat mengenai Pengisian & Penyampaian Data dan/atau Informasi Berlandaskan Iktikad Terbaik (Utmost Good Faith)

A. Pernyataan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung

- Pemegang Polis dan/atau Tertanggung (selanjutnya dalam bagian huruf A ini disebut sebagai "SAYA/KAMI") memahami bahwa SAYA/KAMI memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (*utmost good faith*) dalam (i) pengajuan permohonan asuransi, permohonan Pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis, dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya); dan (ii) pengajuan klaim Manfaat Asuransi ("Permohonan Konsumen"). Oleh karena itu, SAYA/KAMI memahami bahwa SAYA/KAMI wajib, dan telah mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang dapat memengaruhi pertimbangan Prudential Indonesia dalam menerima atau menolak suatu Permohonan Konsumen dan/atau menetapkan jumlah Premi.
- SAYA/KAMI menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta yang SAYA/KAMI berikan ("Informasi Konsumen") dalam SPAJ, formulir Pemulihan Polis, formulir perubahan Polis, formulir klaim Manfaat Asuransi serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Prudential Indonesia ("Dokumen Permohonan") sebagai bagian dari pengajuan Permohonan 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, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja.
- Apabila Informasi Konsumen tersebut dalam butir (2) 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 ini, SAYA/KAMI SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika Prudential Indonesia melakukan hal-hal berikut ini:
 - Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau terbatas pada Asuransi Tambahan, jika diadakan) dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi Dasar dan Asuransi Tambahan, jika diadakan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan, Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
 - Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau terbatas pada Asuransi Tambahan, jika diadakan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi Dasar dan Asuransi Tambahan, jika diadakan) apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, SAYA/KAMI juga menyetujui bahwa Prudential Indonesia hanya akan membayarkan nilai yang setara dengan Nilai Penebusan (jika ada) atau Nilai Tunai (jika ada) sesuai dengan ketentuan polis.
 - Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis baik Asuransi Dasar dan/atau setiap Asuransi Tambahan (jika diadakan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan dari Polis, menyesuaikan Uang Pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Prudential Indonesia juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai yang ada dalam Polis SAYA/KAMI (jika ada) dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, SAYA/KAMI wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi tersebut.
- Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, SAYA/KAMI dengan ini menegaskan bahwa:
 - Penandatanganan Formulir Klaim ini oleh SAYA/KAMI merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Prudential Indonesia jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 3; dan
 - 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)

- 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, Tertanggung, Pembayar Premi dan/atau pihak terkait lainnya telah memberikan data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta kepada Prudential Indonesia, 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 Indonesia setelah berlakunya Polis) ("**Dokumen Permohonan**"), yang mana yang sesuai dengan keadaannya (seluruhnya disebut sebagai "**Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya**").
- 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).
- SAYA/KAMI menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta yang SAYA/KAMI berikan dalam formulir klaim ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Prudential Indonesia 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.
- 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 ini, SAYA/KAMI SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika Prudential Indonesia melakukan hal-hal berikut ini:
 - Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Prudential Indonesia 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.

VII. Pernyataan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung/Penerima Manfaat

Pemegang Polis dan/atau Tertanggung/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 Indonesia termasuk karyawan atau pihak lain yang ditunjuk oleh Prudential Indonesia 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/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. Pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan dan tetap berlaku pada waktu Tertanggung masih hidup maupun sesudah meninggal dunia, 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 Indonesia kepada Pemegang Polis, Penerima Manfaat dan/atau Tertanggung sehubungan dengan data medis Tertanggung, keputusan klaim dan lain-lain, termasuk melampirkan dan memberikan salinan dokumen-dokumen yang berisikan informasi lain mengenai diri Tertanggung 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 pada korespondensi dan komunikasi yang dikeluarkan oleh Prudential Indonesia, 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 Indonesia melalui Pemegang Polis tanpa diketahui oleh Tenaga Pemasar)

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

*jika Pernyataan bagian VII 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. Apabila data rekening yang dituliskan pada formulir ini tidak sesuai dan/atau tidak aktif maka Pemegang Polis/Penerima Manfaat mengizinkan serta memberikan kewenangan kepada Prudential Indonesia untuk membayarkan manfaat klaim ke rekening Pemegang Polis/Penerima Manfaat lainnya yang terdaftar di sistem Prudential Indonesia dan/atau yang pernah digunakan untuk proses pengajuan klaim sebelumnya (jika ada).
- Memahami, menyetujui serta mengizinkan bahwa Prudential Indonesia dari waktu ke waktu dapat mengumpulkan, menyimpan, memproses dan mempergunakan dan membagikan Data Pribadi (termasuk namun tidak terbatas pada nama, alamat surat menyurat, alamat email, nomor telepon rumah, nomor handphone, 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 Penanggung dalam rangka pemrosesan pengajuan klaim yang SAYA/KAMI ajukan atau untuk tujuan lain sehubungan dengan pertanggungan SAYA/KAMI berdasarkan Polis, dengan tunduk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku. **SAYA/KAMI bersedia untuk dihubungi oleh Penanggung, Tenaga Pemasar atau pihak lain yang ditunjuk oleh Penanggung melalui sarana komunikasi pribadi dan menyetujui bahwa komunikasi tersebut dapat terkirim baik pada atau di luar hari/jam kerja.**

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/PRUPemberitahuanPrivasi> yang dapat diperbaharui oleh Prudential Indonesia dari waktu ke waktu.

- SAYA/KAMI menyatakan bahwa, sehubungan dengan pengajuan klaim Manfaat Asuransi ini, tidak pernah/tidak sedang/tidak akan diajukan, atau tidak pernah dibayarkan, atau tidak pernah dijaminakan melalui koordinasi manfaat atau klaim ganda (*double claim*) dengan dan/atau kepada perusahaan/lembaga manapun (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan asuransi lain, BPJS dan/atau perusahaan tempat bekerja Pemegang Polis atau Tertanggung atau Penerima Manfaat). Apabila di kemudian hari diketahui Prudential Indonesia menemukan adanya pembayaran, penjaminan atau koordinasi manfaat dengan dan/atau kepada perusahaan/lembaga manapun (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan asuransi lain, BPJS dan/ atau perusahaan tempat bekerja Pemegang Polis atau Tertanggung atau Penerima Manfaat), maka dengan ini SAYA/KAMI akan mengembalikan kepada Prudential Indonesia setiap dan seluruh klaim Manfaat Asuransi yang telah SAYA/KAMI terima dari Prudential Indonesia.



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 berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan



15010621

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 dan Meninggal dunia

Tanda Tangan & Nama Tertanggung*

(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

Nama Jelas :

Tanggal Lahir :

No KTP/ID :

*Bagi Tertanggung yang berusia di bawah 17 tahun tidak wajib
mengisi, kecuali sudah menikah

VIII. Persyaratan dan Panduan Checklist Kelengkapan Dokumen Pengajuan Klaim

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.
- ☐ 2. **Surat Keterangan Dokter Rawat Inap dan/atau resume medis** yang telah diisi lengkap, jelas, dan ditandatangani oleh dokter yang merawat Tertanggung; 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:

☐ Hasil Pemeriksaan Laboratorium	☐ Hasil Patologi Anatomi (PA) dan interpretasi
☐ Hasil Rontgen dan interpretasi	☐ Hasil USG dan interpretasi
☐ Hasil CT-Scan dan interpretasi	☐ Hasil Angiografi dan interpretasi
☐ Hasil MRI dan interpretasi	☐ Lain-lain:
- ☐ 6. **Surat Kuasa Data Medis** bermeterai Rp 10,000.
- ☐ 7. **Kuesioner terkait diagnosis klaim:** bila diagnosis klaim berkaitan dengan:

☐ Anemia	☐ Gangguan Ginjal	☐ Tekanan Darah Tinggi/Hipertensi	☐ Operasi
☐ Leukimia	☐ Hepatitis	☐ Stroke	☐ Kecelakaan Lalu Lintas
☐ Gangguan Pernafasan	☐ Sirosis Hati	☐ Kanker	☐ Perawatan di Cina
☐ Gangguan Saluran Cerna	☐ Hernia Nukleus Pulposus (HNP)	☐ Tumor, Kista, dan Benjolan	
☐ Arthritis, Rematik, Kelainan Sendi	☐ Epilepsi/Kejang	☐ Gondok/Tiroid	
☐ Katarak	☐ Sakit Kepala	☐ 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 (KTP).**
*Jika Pemegang Polis meninggal dunia: Kartu Identitas **Penerima Manfaat (KTP)**.*
- ☐ 9. **Fotokopi Buku Tabungan halaman pertama** atas nama Pemegang Polis atau para Penerima Manfaat (jika ada).

Dokumen tambahan khusus:

- ☐ 10. **Jika klaim kecelakaan: Kronologis kecelakaan/Kecelakaan Lalu Lintas**
 - ☐ 10.1. Jika melibatkan pihak kepolisian: Laporan Kecelakaan
 - ☐ 10.2. Jika Tertanggung 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 Indonesia 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>)
- ☐ 13. **Jika klaim perawatan di luar negeri:**
 - ☐ 13.1. **Dokumen Keimigrasian (copy passport)** dengan cap tanggal keberangkatan dari Indonesia dan kedatangan ke Indonesia, atau
 - ☐ 13.2. **Jika menggunakan autogate, melampirkan copy boarding pass/tiket** keberangkatan dari Indonesia dan kedatangan ke Indonesia.

Dokumen tambahan khusus pengajuan klaim PRUPrime Healthcare Plus, PRUCritical Hospital Cover, dan PRUSolusi Sehat, PRUWell Health, PRUWell Medical:

- ☐ 14. **Jika kamar sesuai plan tidak tersedia/penuh: Surat Keterangan** dari bagian administrasi Rumah Sakit yang menjelaskan bahwa kamar sesuai plan tidak tersedia/penuh.
- ☐ 15. **Jika mengajukan klaim Manfaat Santunan Harian Rawat Inap pada PRUPrime Healthcare Plus/PRUSolusi Sehat: Surat Keterangan Pembayaran Klaim** dari Asuransi/Instansi lain (Surat Koordinasi Manfaat).



Untuk klaim manfaat Santunan Pemakaman atas asuransi PRUPrime Healthcare, PRUPrime Healthcare Plus, PRUSolusi Sehat, manfaat Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan atas asuransi PRUHospital&Surgical Cover Plus:

- ☐ 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 disertai cap stempel RS/Klinik dan cap stempel dokter yang merawat.
- ☐ 3. Catatan medis atau **resume medis** Tertanggung yang lengkap dan jelas.
- ☐ 4. Fotokopi **seluruh hasil dan interpretasi hasil pemeriksaan penunjang laboratorium dan atau diagnostik** pada saat perawatan:

☐ Hasil Pemeriksaan Laboratorium	☐ Hasil Patologi Anatomi (PA) dan interpretasi
☐ Hasil Rontgen dan interpretasi	☐ Hasil USG dan interpretasi
☐ Hasil CT-Scan dan interpretasi	☐ Hasil Angiografi dan interpretasi
☐ Hasil MRI dan interpretasi	☐ Lain-lain:
- ☐ 5. Fotokopi **Akta Kematian dari Catatan Sipil** atas nama Tertanggung.
- ☐ 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 masih bekerja di Pemegang Polis.
- ☐ 8. Jika pernah dilakukan perubahan nama: Fotokopi **Surat Perubahan Nama** Pemegang Polis (untuk Pemegang Polis perseorangan), Tertanggung, dan Penerima Manfaat.
- ☐ 9. Fotokopi **Buku Tabungan halaman pertama** atas nama Pemegang Polis atau para Penerima Manfaat (jika ada).
- ☐ 10. Jika meninggal karena kecelakaan: **Berita Acara Kepolisian (asli)** yang diproses oleh pihak Kepolisian.
- ☐ 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.

SURAT KUASA PEMBERIAN DATA MEDIS
POWER OF ATTORNEY FOR MEDICAL DATA

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

Nama Tertanggung/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 Tertanggung :
Relationship with the Life Assured

(*) Dapat di isi oleh Pemegang Polis apabila Tertanggung tidak cakap hukum/sakit /meninggal dunia dan dapat diisi oleh Penerima Manfaat dalam hal Tertanggung 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 Tertanggung, untuk mengungkapkan atau atau memberikan kepada PT Prudential Life Assurance semua catatan/informasi riwayat kesehatan atau perawatan atau informasi lain mengenai diri Tertanggung.

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 Life Assurance all medical history records/information or treatments or other information about the insured.

Saya juga memberikan kuasa dan izin kepada PT Prudential Life Assurance untuk meminta dan atau memberikan catatan riwayat kesehatan Tertanggung atau informasi lain mengenai diri Tertanggung 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 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 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 / Reinsurance Company, Institution or other interested parties.

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

Materai 10000

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

1 5 0 1 1 4 0 1

