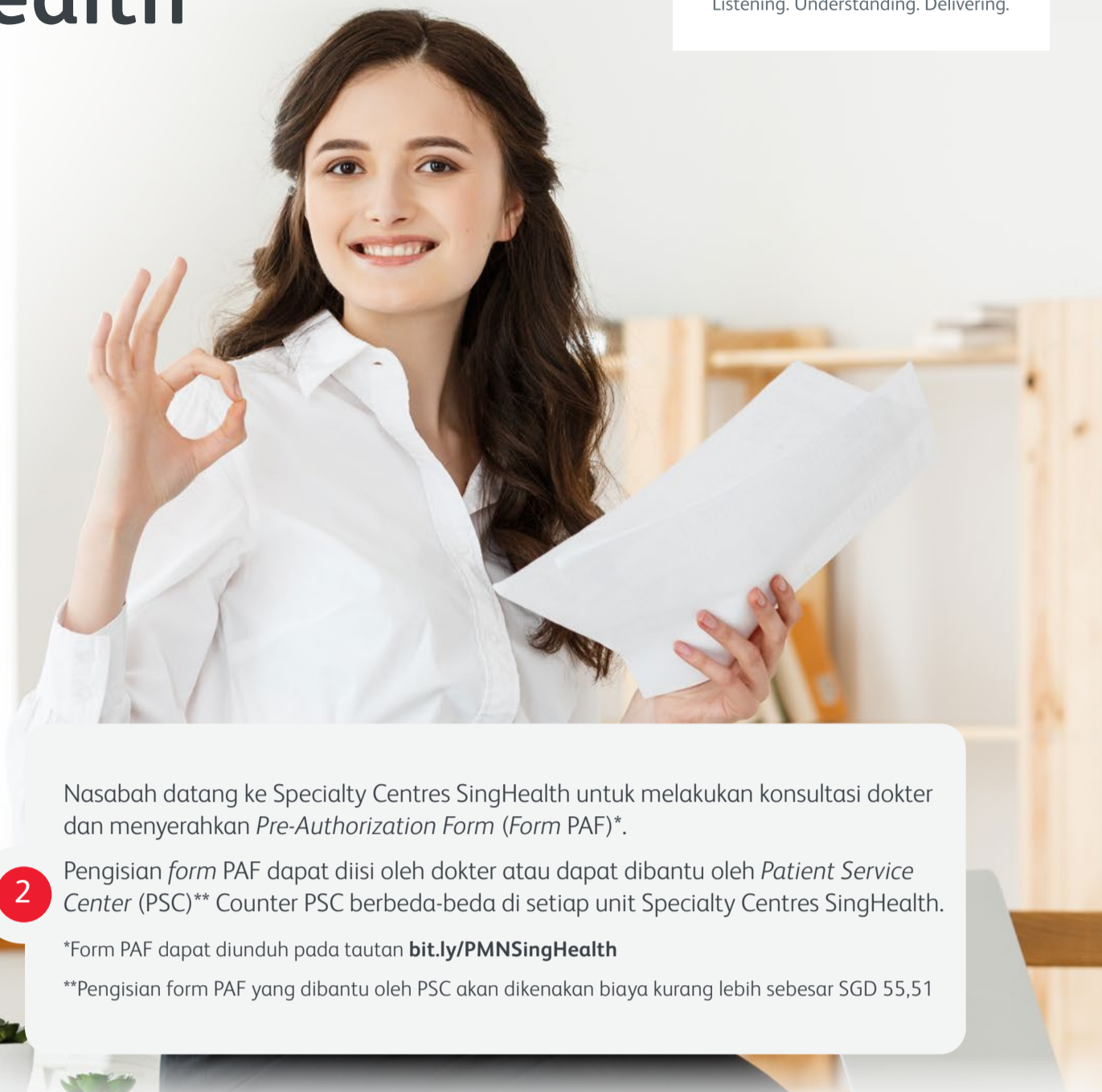


Alur Perawatan Rawat Jalan (One Day Care/One Day Surgery) di Specialty Centres SingHealth* Secara Non-Tunai (Cashless Claim)

*National Cancer Centre of Singapore (NCCS)

*Singapore National Eye Centre (SNEC)

*National Heart Centre Singapore (NHCS)



Nasabah (dalam hal ini bertindak sebagai "Pemegang Polis" dan/ atau "Tertanggung" yang melakukan perawatan di Specialty Centres SingHealth) datang ke Specialty Centres SingHealth untuk proses rawat jalan (konsultasi dengan dokter yang dituju dan melakukan *Pre-Admission*, jika diperlukan *One Day Care (ODC)/One Day Surgery (ODS)*).

*Berlaku untuk Nasabah pemegang Kartu:

1. Asuransi Tambahan Kesehatan PRU Prime Healthcare plan 4 juta
2. Asuransi Tambahan Kesehatan PRU Prime Healthcare plan 6 juta
3. Asuransi Tambahan Kesehatan PRU Prime Healthcare plan 8 juta
4. Asuransi Tambahan Kesehatan PRU Prime Healthcare Plus Plan Gold, Platinum, Diamond
5. Asuransi Tambahan Kesehatan PRU Prime Healthcare Plus Pro Plan Gold, Platinum, Diamond
6. Asuransi Kesehatan PRU Solusi Sehat Plan Gold, Platinum, Diamond
7. Asuransi Kesehatan PRU Solusi Sehat Plus Pro Plan Gold, Platinum, Diamond

Nasabah akan dibantu oleh PSC untuk:

- Bertemu dengan *Patient Liaison Services (PLS)* untuk pengisian *Form PAF* dan Menyimpan *Form A* (Formulir pelepasan informasi medis yang sudah di tandatangani Nasabah)
- Bertemu dengan *Financial Counselling* untuk mendapatkan *Care Cost Form* (estimasi biaya perawatan).

Nasabah mengirimkan dokumen yang diperlukan untuk persetujuan *Pre-Admission* ke pmnline@prudential.co.id dengan menuliskan pada subyek email :

1. Perawatan di NCCS maka NCCS_(Nomor Polis)_(Nama Tertanggung)
2. Perawatan di SNEC maka SNEC_(Nomor Polis)_(Nama Tertanggung)
3. Perawatan di NHCS maka NHCS_(Nomor Polis)_(Nama Tertanggung)

Dokumen yang diperlukan:

1. Kartu Peserta Asuransi (*e-Card*)
2. Paspor
3. *Copy Entry stamp* atau *screenshot* dari *Immigration & Checkpoints Authority (ICA)* yang dapat diunduh pada MyICA Mobile di Play Store atau App Store
4. Surat Pernyataan yang dapat diunduh pada tautan bit.ly/PMNSingHealth

Nasabah kembali ke Specialty Centres SingHealth sesuai jadwal tindakan perawatan yang telah ditentukan, setelah mendapatkan persetujuan *Pre-Admission* dari PMN.

Nasabah **wajib** meminta *Outpatient Summary* dari Specialty Centres SingHealth setelah perawatan selesai dilakukan.

Outpatient Summary akan disediakan oleh PSC jika *Form A* sudah diisi oleh Nasabah.

Specialty Centres SingHealth akan mengirimkan total tagihan perawatan ke PMN, 5-14 hari kerja sejak perawatan selesai.

Apabila Nasabah ingin mengetahui total tagihan perawatannya, dapat meminta langsung ke Specialty Centres SingHealth, atau dapat menghubungi PMN di nomor *customer line* 1500085.



Perlu diperhatikan!

1. Nasabah sangat disarankan untuk melakukan pendaftaran secara *online* terlebih dahulu melalui *email* masing-masing Specialty Centres SingHealth
2. Info lebih lengkap mengenai jadwal praktek dokter dan lokasi PSC di Specialty Centres SingHealth melalui
NCCS
telp : (65) 6436 8088
email : callcentre@nccs.com.sg
webiste: <https://www.nccs.com.sg/patient-care>
SNEC
telp : (65) 6227 7266
email : appointments@sneec.com.sg
NHCS
telp : (65) 6704 2000
email : central.appt@nhcs.com.sg
3. Pengiriman dokumen perawatan Nasabah di Specialty Centres SingHealth **wajib** dilakukan sendiri oleh Nasabah/Tenaga Pemasar untuk menjaga kerahasiaan data Nasabah
4. PMN akan memproses penjaminan awal perawatan Nasabah setelah dokumen Kartu Peserta Asuransi (*e-Card*), *Copy Paspor* dan *Copy Entry Stamp*, Formulir Surat Pernyataan, *form PAF* dan Estimasi Biaya tindakan/perawatan (*Care Cost Form*) sudah diterima oleh PMN
5. Pastikan nomor GSM yang terdaftar di Prudential Indonesia harus aktif di negara tujuan, agar dapat menerima notifikasi *claim tracking* perawatan Nasabah
6. Specialty Centres SingHealth akan menginformasikan *excess claim* (jika ada) Nasabah melalui *email*, serta cara pembayarannya
7. Jam operasional *Financial Counselling* Specialty Centres SingHealth:
Senin - Jumat : Pukul 07.00 - 16.00 WIB
Sabtu : Pukul 07.00 - 11.00 WIB
Minggu dan Hari Libur Nasional Singapura : Tutup
8. Prudential Indonesia akan membayarkan perawatan rawat jalan (ODC/ODS) sesuai dengan batas manfaat dan *plan* yang dipilih oleh Pemegang Polis pada produk asuransi kesehatan yang dimiliki
9. Khusus untuk Nasabah yang akan melakukan perawatan rawat jalan pasca rawat inap, Nasabah dapat memberikan form Surat Keterangan Dokter (SKD) untuk langsung diisi oleh dokter saat melakukan konsultasi. Apabila dokter tidak bersedia mengisi form SKD maka Nasabah dapat mengisi form melalui <https://www.sgh.com.sg/mro/pages/default.aspx> dan memberikan ke Medical Report Officer RS

Daftar dokumen yang perlu dikirimkan oleh Nasabah selama melakukan perawatan di Specialty Centres SingHealth:

1. Kartu Peserta Asuransi (*e-Card*)
2. *Copy Paspor*
3. *Copy Entry stamp* atau *screenshot* dari *Immigration & Checkpoints Authority (ICA)*
4. Formulir Surat Pernyataan
5. Dokumen hasil penunjang rawat jalan (jika ada)
6. Dokumen penunjang medis selama perawatan di Specialty Centres SingHealth
7. *Outpatient Summary*

Alur Perawatan Rawat Inap di Rumah Sakit Grup SingHealth* secara non-tunai (*Cashless Claim*)

*Singapore General Hospital (SGH)
*KK Women's and Children's Hospital (KKH)
*Sengkang General Hospital (SKH)

1 Nasabah (dalam hal ini bertindak sebagai "Pemegang Polis" dan/atau "Tertanggung" yang melakukan perawatan di Grup SingHealth) datang ke Rumah Sakit Grup SingHealth untuk proses rawat jalan (konsultasi dengan dokter yang dituju dan melakukan *Pre-Admission* jika diperlukan rawat inap).
Pembayaran biaya rawat jalan dilakukan secara pribadi. Biaya rawat jalan dapat diajukan melalui metode penggantian (*reimbursement*) ke Prudential Indonesia jika keputusan rawat inapnya disetujui, dan sepanjang perawatan rawat jalan yang diajukan sebelumnya berkaitan dengan perawatan rawat inapnya.
Serahkan/kirimkan Formulir Klaim beserta dokumen yang diperlukan lainnya, baik secara langsung melalui pos atau melalui Tenaga Pemasar Anda, ke kantor pusat Prudential Indonesia.

2 Nasabah mengunduh *Pre-Authorization Form* (PAF) pada tautan bit.ly/PRUMedicalNetwork yang tersedia pada menu "**Prosedur pendaftaran cashless di SingHealth**", kemudian menyerahkannya ke *Patient Liaison Service* (PLS) Rumah Sakit Grup SingHealth untuk diisi agar *Financial Counselling* Rumah Sakit Grup SingHealth dapat menginformasikan estimasi biaya tindakan/perawatan kepada Nasabah serta konfirmasi tanggal rencana perawatan.

3 Nasabah wajib melengkapi dokumen yang tertera pada *Check List Form* sebagai panduan selama perawatan sampai resume medis diberikan saat kepulangan. Guna kelancaran proses penjaminan klaim.
Check List Form dapat diunduh pada tautan bit.ly/PRUMedicalNetwork pada menu "**Prosedur pendaftaran cashless di SingHealth**".

4 Nasabah mengirimkan dokumen yang diperlukan untuk persetujuan *Pre-Admission*, yaitu Kartu Peserta Asuransi (*e-Card*), *Copy Paspor* dan *copy entry stamp*, serta *copy statement letter*.
Seluruh dokumen dikirimkan ke pmnline@prudential.co.id dengan menuliskan pada subjek *email*-nya:
1. Perawatan di SGH maka SGH_(Nomor Polis)_(Nama Tertanggung)
2. Perawatan di KKH maka KKH_(Nomor Polis)_(Nama Tertanggung)
3. Perawatan di SKH maka SKH_(Nomor Polis)_(Nama Tertanggung)

5 Nasabah menerima konfirmasi penjaminan perawatan di Rumah Sakit Grup SingHealth dari PMN melalui SMS yang dikirimkan ke nomor GSM Pemegang Polis yang terdaftar di Prudential Indonesia.
Notifikasi dikirimkan pada saat yang sama (*real time*) ketika penjaminan sudah diterbitkan oleh PMN.

Daftar dokumen yang perlu dikirimkan oleh Nasabah selama melakukan perawatan di Rumah Sakit Grup SingHealth:

1. Kartu Peserta Asuransi (*e-Card*)
2. *Copy Paspor* dan *copy entry stamp*
3. Formulir Surat Pernyataan. Dapat diunduh di bit.ly/PRUMedicalNetwork dalam menu "Prosedur pendaftaran *cashless* di SingHealth"
4. Dokumen hasil penunjang rawat jalan (jika ada)
5. Dokumen penunjang medis selama rawat inap di Rumah Sakit Grup SingHealth
6. *Discharge Summary*

6 Nasabah kembali ke Rumah Sakit Grup SingHealth sesuai jadwal tindakan rawat inap yang telah ditentukan, setelah mendapatkan persetujuan *Pre-Admission* dari PMN.

7 Nasabah mengirimkan dokumen hasil penunjang selama perawatan di ke PMN melalui *email* pmnline@prudential.co.id dengan menuliskan pada subjek *email*-nya:
1. Perawatan di SGH maka SGH_(Nomor Polis)_(Nama Tertanggung)
2. Perawatan di KKH maka KKH_(Nomor Polis)_(Nama Tertanggung)
3. Perawatan di SKH maka SKH_(Nomor Polis)_(Nama Tertanggung)

8 Nasabah akan menerima *Discharge Summary* dari Rumah Sakit Grup SingHealth setelah rawat inap selesai.

9 Nasabah mengirimkan *Discharge Summary* serta dokumen hasil penunjang selama perawatan di Rumah Sakit Grup SingHealth yang belum dikirimkan ke PMN melalui *email* pmnline@prudential.co.id.

10 Rumah Sakit Grup SingHealth akan mengirimkan total tagihan perawatan ke PMN, 5-14 hari kerja sejak rawat inap selesai.
Apabila Nasabah ingin mengetahui total tagihan perawatannya, dapat menghubungi Rumah Sakit Grup SingHealth atau PMN.

11 Apabila terdapat *excess claim*, PMN dan Rumah Sakit Grup SingHealth akan menghubungi Nasabah untuk menginformasikan *total excess claim* dan cara pembayarannya.

Perlu diperhatikan!

1. Kamar yang tersedia untuk Nasabah adalah kelas kamar dengan 1 (satu) tempat tidur (Tipe Standar) dan kelas kamar dengan 4 (empat) tempat tidur
2. Pengiriman dokumen perawatan Nasabah di Rumah Sakit Grup SingHealth wajib dilakukan sendiri oleh Nasabah/Tenaga Pemasar
3. Rumah Sakit Grup SingHealth akan mengirim *form* PAF yang telah diisi beserta dengan estimasi biaya perawatan Nasabah ke *email* PMN
4. PMN akan memproses penjaminan awal perawatan Nasabah setelah dokumen Kartu Peserta Asuransi (*e-Card*), *Copy Paspor* dan *copy entry stamp*, *copy statement letter*, *form* PAF, dan estimasi biaya tindakan/perawatan sudah diterima oleh PMN
5. Pastikan nomor GSM yang terdaftar di Prudential Indonesia harus aktif di negara tujuan agar dapat menerima notifikasi *claim tracking* perawatan Nasabah
6. Prudential Indonesia akan membayarkan perawatan rawat inap sesuai dengan batas manfaat dan *plan* yang dipilih oleh Pemegang Polis pada produk asuransi kesehatan yang dimiliki
7. Jam operasional PLS Rumah Sakit Grup SingHealth
Senin - Jumat : Pukul 07.30 - 17.00 WIB
Sabtu, Minggu, dan Hari Libur Nasional Singapura : Tutup
8. Permintaan pelayanan PLS di SGH & SKH akan diproses saat jam operasional atau maks. 1x24 jam, sedangkan KKH akan diproses saat jam operasional atau maks. 5x24 jam
9. Informasi kontak PLS Rumah Sakit Grup SingHealth
SGH: pls@sgh.com.sg / (65) 6326 5656
KKH: pls@kkh.com.sg
SKH: pls@skh.com.sg
10. Khusus untuk Nasabah yang akan melakukan perawatan rawat jalan pasca rawat inap, Nasabah dapat memberikan form Surat Keterangan Dokter (SKD) untuk langsung diisi oleh dokter saat melakukan konsultasi. Apabila dokter tidak bersedia mengisi form SKD maka Nasabah dapat mengisi form melalui <https://www.sgh.com.sg/mro/pages/default.aspx> dan memberikan ke Medical Report Officer RS



DOCUMENT LIST TO SEND TO PRU MEDICAL NETWORK (PMN)
DAFTAR DOKUMEN YANG DIKIRIM KE PRU MEDICAL NETWORK (PMN)

Policy number :
Nomor Polis
 Policy holder name :
Nama Pemegang Polis
 Phone Number :
Nomor telepon
 E-mail :
E-mail
 Documents submitted : (Please put a check mark \surd on the documents submitted)
Dokumen yang diserahkan (mohon berikan tanda \surd pada dokumen yang diserahkan)

Form document list mandatory signed by customer and sent to PMN
Formulir daftar dokumen wajib ditandatangani nasabah dan dikirim ke PMN

No. No.	Document Dokumen	Singapore General Hospital		National Cancer Centre	
		Customer Nasabah	Hospital Rumah Sakit	Customer Nasabah	Clinic Klinik
1	Insurance card /e-card <i>Kartu asuransi /kartu elektronik</i>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2	Passport and entry stamp <i>Paspor dan stempel masuk</i>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
3	Statement Letter (PMN format) <i>Surat pernyataan format PMN</i>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4	Examination Report & medical document <i>Dokumen hasil pemeriksaan penunjang medis</i>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5	Discharge / outpatient summary <i>Ringkasan kepulangan</i>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6	Pre-Authorisation Form <i>Formulir Pra-Otorisasi</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Invoice & final bill <i>Faktur & tagihan akhir</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Care Cost Form <i>Formulir Biaya Perawatan</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Disclaimer:
Pernyataan:

- Document no. 1 – 8 mandatory to send to PMN include with this form document list.
Dokumen no. 1 – 8 wajib dikirimkan ke PMN beserta form daftar dokumen ini.
- Guarantee decision will be issued after all documents received by PMN.
Keputusan penjaminan akan diterbitkan setelah seluruh dokumen diterima oleh PMN.
- Discharged / Outpatient summary mandatory send to PMN before customer out from the Hospital.
Discharged / Outpatient summary wajib dikirim ke PMN sebelum nasabah keluar dari RS.
- If all documents are not received within 14 calendar days, the guarantee process will be cancelled.
Jika seluruh dokumen tidak diterima dalam waktu 14 hari kalendar, maka proses penjaminan akan dibatalkan..

Other document needed by PMN (if any):
Dokumen lainnya yang PMN perlukan (jika ada)

Stated in : _____
Dinyatakan di

Date : - - (date-month-year)
Tanggal (tanggal-bulan-tahun)

Sent by:
Dikirim oleh

Sent by:
Dikirim oleh

(_____)
 Customer
Nasabah

(_____)
 Financial Counselling Officer
Petugas Financial Counselling

SURAT PERNYATAAN PENJAMINAN
LETTER OF GUARANTEE

A. Data pemberi pernyataan / Data of Declarant

Nama :
Name

Tgl. Lahir :
Date of Birth

NIK :
National Identification Number

Alamat Domisili :
Domicile Address

Telepon / Nomor handphone :
Phone / Mobile Number

*Hubungan dengan pasien: Diri sendiri / Suami / Istri / Orang tua / Anak / keluarga pasien lainnya:

*Relationship with the patient: Self / Husband / Wife / Parent / Children / Other patient's family

Data pemberi pernyataan ini diisi oleh pasien atau keluarga pasien
This data is completed by the patient or the patient's family

(Selanjutnya disebut sebagai "Saya" atau "Kami")
Hereinafter referred to as "I" or "We"

Menyatakan bahwa data pasien yaitu sebagai berikut:
Stating that data of the patient is as follows

Nama : Nomor klaim :
Name Claim Number

Tgl. Lahir : Tanggal masuk :
Date of Birth Admission date

Jenis kelamin : Nama fasilitas kesehatan :
Gender Name of health facility

NIK : Nomor rekam medis :
National Identification Number Medical record number

Nomor polis : Kelas yang ditempati :
Policy Number Class occupied

Sesuai plan yang dimiliki
Based on the plan

Tidak sesuai plan yang dimiliki
Not based on the plan

Alasan / Reason :

Dengan ini menerangkan dan membenarkan bahwa PT PRUDENTIAL LIFE ASSURANCE (selanjutnya disebut "**Prudential Indonesia**") akan menerbitkan Surat Pernyataan Penjaminan sehubungan dengan perawatan atas nama pasien tersebut di atas. Berkaitan dengan hal tersebut, maka bersama ini Saya/Kami menyatakan hal-hal berikut ini:

*It is hereby stated and confirmed that PT PRUDENTIAL LIFE ASSURANCE (hereinafter referred to as "**Prudential Indonesia**") will issue a Letter of Guarantee in connection with the treatment of the patient whose name is mentioned above. In this regard, I/We hereby declare the following:*

**I. Pemegang Polis dan/atau Tertanggung/Penerima Manfaat mengenai Pengisian & Penyampaian Data dan/atau Informasi Berlandaskan Iktikad Terbaik (Utmost Good Faith)
The Policyholder and/or the Insured/Beneficiary regarding the Completion & Submission of Data and/or Information Based on Utmost Good Faith**

**A. Pernyataan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung
Statement of Policyholder and/or Insured**

1. 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 ("**Pemohonan 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

*The Policyholder and/or the Insured (hereinafter referred to in this section A as "**I/Me/My / We/Us/Our**") understand that I/We have an obligation to act in the utmost good faith in (i) the submission of an insurance application, a Policy Reinstatement application, a Policy endorsement application, and/or any other applications related to the Policy (as the case may be); and (ii) the submission of an Insurance Benefits claim ("**Consumer Application**"). Therefore, I/We understand that I/We am/are obliged to, and have correctly and completely disclosed all material facts, namely data, information, answers, descriptions, conditions, statements and facts that may affect Prudential Indonesia's consideration in accepting or rejecting a Consumer Application and/or determining the amount of Premium.*

2. 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.

*I/We represent and warrant that all data, information, answers, descriptions, statements and/or facts provided by Me/Us ("**Consumer Information**") in the SPAJ, Policy Reinstatement form, Policy Endorsement form, Insurance Benefits claim form as well as any other forms and documents required by Prudential Indonesia ("**Application Documents**") as part of the submission of the Consumer Application is complete, true, accurate, current, in accordance with actual reality and consistent one to another, and no Consumer Information is omitted by Me/Us, either intentionally or unintentionally*

3. 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 Surat Pernyataan Penjaminan ini, Saya/Kami **SEPAKAT DAN MENYETUJUI** jika Prudential Indonesia melakukan hal-hal berikut ini:

*If the Consumer Information in point (2) turns out to be incomplete, incorrect, inaccurate, not current, not in accordance with the actual reality and/or inconsistent one to another, or there is any Consumer Information omitted by Me/Us, by signing this Letter of Guarantee, I/We **CONCUR AND AGREE** if Prudential Indonesia conducts the following:*

- a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
Rejecting any Insurance Benefit claims being submitted and not paying all or part of the Insurance Benefits;
- b. 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);
Cancelling the Policy (either in its entirety or limited to the Insurance Rider if any), with a refund of the Premium (or the Insurance Cost of the Basic Insurance and the Rider, if any) being paid after deducting the costs of internal medical examination, any Insurance Benefits being paid and any costs incurred at the time of the issuance of Policy (if any);
- c. 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.
Terminating the Policy (either in its entirety or limited to the Insurance Rider, if any), without the obligation to refund the Premium (or the Insurance Cost of the Basic Insurance and the Rider, if any), in the case of an element of fraud, falsification, or willful misrepresentation in providing any Consumer Information contained in the Application Documents, or in the case of omission of any actual Consumer Information in the Application Documents. Upon such termination, I/We also agree that Prudential Indonesia will only pay a Value equivalent to the Surrender Value (if any) or the Cash Value (if any) in accordance with the terms of the policy.
- d. 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 Pertanggungjawaban, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
Re-underwriting, and inserting additional terms and conditions into the Policy (either the Basic Insurance and/or the Rider (if any)), including adding risks excluded from the Policy, adjusting the Sum Assured, and/or adjusting the amount of Premium and/or Insurance Cost payable; and/or
- e. 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. Atas hal tersebut, Saya/Kami wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi tersebut.
Collecting any shortfall of the Premium and/or the Insurance Cost if the result of the risk re-underwriting reveals that the amount of Premium and/or Insurance Cost payable is greater than that of stated in the Policy. Prudential Indonesia also reserves the right to set-off such shortfall against the Cash Value in the Policy (if any) and/or the Insurance Benefits to be payable. In this regards, I/We am/are obliged to pay (if any) any shortfall of the Premium and/or the Insurance Cost.

4. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya/Kami dengan ini menegaskan bahwa:

With respect to the cancellation or termination clause of the Policy as mentioned above, I/We hereby confirm that:

- a. Penandatanganan Surat Pernyataan Penjaminan 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
The signing of this Letter of Guarantee by Me/Us is a form of agreement to the cancellation or termination of the Policy by Prudential Indonesia in the event of matters referred to in point 3; and
- b. 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.
I/We agree to waive the provisions of Article 1266 of the Civil Code and/or any other provisions of laws and regulations that require the termination or cancellation of the Policy to be made based on a court decision.

**B. Pernyataan Penerima Manfaat (atau pihak lain yang tidak pernah menandatangani SPAJ)
Statement of Beneficiary (or any other party who has never signed the SPAJ)**

1. 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**")

*The Beneficiary (hereinafter referred to in this section B as "**I/Me/My / We/Us/Our**") represents and understands that as part of the process of submitting an insurance application, a Policy Reinstatement application, a Policy Endorsement application, and/or any other applications related to the Policy (as the case may be) and the continuation of the Policy, the Policyholder, the participatory Insured, the Premium Payor and/or any other related parties have provided data, information, answers, descriptions, conditions, statements and/or facts to Prudential Indonesia, as set forth in the SPAJ, the Policy Reinstatement form, the Policy Endorsement form and any other forms and documents (including any documents or forms provided to Prudential Indonesia after the effective date of the Policy) ("**Application Documents**"), accordingly (all referred to as "**Pre-Existing Information**").*

2. Saya/Kami dengan ini menyatakan bahwa Saya/Kami tidak berhak dan tidak akan membantah, menyanggah, mempertanyakan dan/atau memperlakukan kebenaran Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya. Saya/Kami juga menyatakan bahwa Saya/Kami menerima seluruh ketentuan Polis (termasuk Endorsemen, jika ada).

I/We hereby declare that I/We have no right and will not dispute, refute, question and/or challenge the correctness of the Pre-Existing Information. I/We also acknowledge that I/We accept all terms of the Policy (including the Endorsement, if any).

3. Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya/Kami berikan dalam Surat Pernyataan Penjaminan 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.

*I/We represent and warrant that all data, information, answers, descriptions, conditions, statements and/or facts provided by Me/Us in this Letter of Guarantee, as well as any other forms and documents required by Prudential Indonesia as part of the submission of an Insurance Benefits claim application ("**Consumer Information**"), is complete, true, accurate, current, in accordance with actual reality and consistent one to another, and no Consumer Information is omitted by Me/Us.*

4. 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 Surat Pernyataan Penjaminan ini Saya/Kami **SEPAKAT DAN MENYETUJUI** jika Prudential Indonesia melakukan hal-hal berikut ini:

*If part or all of (i) the Pre-Existing Information; and/or (ii) the Consumer Information is found to be incomplete, incorrect, inaccurate, not current, not in accordance with the actual reality and/or inconsistent one to another, or there is Consumer Information is omitted by Me/Us, by signing this Letter of Guarantee I/We **CONCUR AND AGREE** if Prudential Indonesia conducts the following:*

- a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
Rejecting any Insurance Benefit claims being submitted and not paying all or part of the Insurance Benefits;
- b. Melakukan penilaian ulang risiko (re-underwriting), dan menyesuaikan Uang Pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
Re-underwriting, and adjusting the sum assured, and/or adjusting the amount of Premium and/or Insurance Cost payable; and/or
- c. 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

Collecting any shortfall of the Premium and/or the Insurance Cost if the result of the risk re-underwriting reveals that the amount of Premium and/or Insurance Cost payable is greater than that of stated in the Policy. Prudential Indonesia also reserves the right to set-off such shortfall against the Cash Value in the Policy (if any) and/or the Insurance Benefits to be payable.

**II. Pernyataan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung/Penerima Manfaat (selanjutnya disebut "Saya/Kami") :
Statement of Policyholder and/or Insured/Beneficiary (hereinafter referred to as " I/Me/My / We/Us/Our ")**

1. Bahwa Saya/Kami setuju untuk bertanggung jawab dan membayar selisih biaya perawatan atau seluruh biaya, jika:
That I/We agree to be responsible for and pay any difference in the cost of treatment or the entire cost, if:

- a. Biaya melebihi batas ketentuan Manfaat Asuransi yang telah ditetapkan dalam Polis secara langsung, dan setuju untuk bertanggung jawab melunasi pembayaran tersebut apabila dikemudian hari (pada saat pasien telah pulang dari rumah sakit) terdapat selisih biaya yang belum terselesaikan dikarenakan adanya perubahan biaya ataupun perhitungan; dan/atau
The cost exceeds the limit of Insurance benefit set out in the policy directly, and agree to be responsible for the settlement of payment if thereafter (when the patient is discharged from the hospital) there is any outstanding amount due to changes in the costs or the calculations; and/or
- b. Perawatan tidak memenuhi persyaratan sesuai dengan ketentuan Polis yang dimiliki pasien dan pembayaran dilakukan langsung kepada pihak rumah sakit sebelum pulang atau keluar dari rumah sakit, walaupun Prudential Indonesia telah mengeluarkan jaminan pada saat pasien akan dirawat.
The treatment does not meet the requirements according to the terms of the patient's policy and the payment is charged directly to the hospital before being discharged or leaving the hospital, regardless of Prudential Indonesia's issuance of a letter of guarantee at the time of the patient admission.

2. Bahwa Saya/Kami setuju apabila pernyataan sebagaimana tersebut dalam butir 1 di atas ternyata tidak benar, maka secara otomatis Surat Pernyataan Penjaminan yang telah diterbitkan oleh Prudential Indonesia kepada rumah sakit menjadi batal dengan sendirinya dan Saya/Kami bersedia untuk membayar seluruh biaya kepada rumah sakit.

That I/We agree that if the statement as mentioned in point 1 above turns out to be incorrect, the Letter of Guarantee issued by Prudential Indonesia to the hospital becomes automatically null and void and I/We will pay the entire costs to the hospital.

3. Bahwa terhadap kondisi sebagaimana dijelaskan dalam butir 1 dan butir 2 di atas, Saya/Kami tidak akan menuntut apapun dan dengan ini membebaskan Prudential Indonesia dari segala kewajiban yang berkaitan dengan biaya perawatan pasien, sehingga segala bentuk penyelesaiannya menjadi tanggung jawab Saya/Kami.

That for the conditions as described in points 1 and 2 above, I/We will not demand anything and hereby release Prudential Indonesia from all obligations related to the patient treatment costs, as such I/We will be responsible for all types of settlement thereof.

4. Bahwa Saya/Kami, dengan ini memberikan kuasa dan izin kepada:

That I/We, hereby grant the power and permission to:

- a. Prudential Indonesia untuk meminta catatan riwayat kesehatan pasien atau informasi lain mengenai diri pasien 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 pasien; dan
Prudential Indonesia to request medical records of the Patient or any other information regarding the Patient from any medical personnel, hospitals, clinics, health centers, laboratories, insurers, reinsurers, boards, agencies/institutions or any other parties that keep records/information of medical history or any other information regarding the Patient; and
- b. Setiap tenaga medis, rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri pasien untuk mengungkapkan atau memberikan kepada Prudential Indonesia semua catatan riwayat kesehatan, atau perawatan atau informasi lain mengenai diri pasien.
Any medical personnel, hospitals, clinics, health centers, laboratories, insurers, reinsurers, boards, agencies/institutions or any

other party that keep medical records or any other information regarding the Patient to disclose or provide to Prudential Indonesia all medical history, or treatment or any other information regarding the Patient.

Pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan dan tetap berlaku pada waktu pasien 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. Salinan/fotokopi dari kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan mengikat sesuai dengan aslinya. *This power of attorney cannot be revoked or canceled and remains valid during the survival or upon the death of the Patient, or for the reasons stated in Article 1813, Article 1814, and Article 1816 of the Indonesian Civil Code. A copy of this power of attorney has the same legal force and is binding as that of the original.*

5. Saya/Kami mengizinkan Prudential Indonesia untuk memberikan atau menerima atau meminta informasi data Polis Tertanggung yang diasuransikan atau pasien, guna mendapatkan informasi tambahan yang diperlukan dari perusahaan asuransi lain dan/atau instansi lainnya

I/We authorize Prudential Indonesia to provide or receive or request information on the Policy data of the Participant Insured or Patient, in order to obtain additional information required from any other insurers and/or other agencies.

6. Jika pada saat proses penjaminan yang sedang berlangsung diperlukan korespondensi dan komunikasi dari Prudential Indonesia kepada Pemegang Polis, Penerima Manfaat dan/atau Tertanggung sehubungan dengan keterangan medis, keputusan penjaminan dan lain-lain termasuk memberikan salinan dokumen yang berisikan informasi lain mengenai diri Tertanggung yang diperoleh dari setiap Tenaga Medis, rumah sakit atau Klinik 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 korespondensi dan komunikasi pengajuan klaim tersebut, termasuk dengan dokumen sebagaimana tersebut diatas dapat diketahui dan/atau diberitahukan kepada Tenaga Pemasar Saya/Kami.

If during the ongoing process of guarantee, it requires any correspondence and communication from Prudential Indonesia to the Policyholder, Beneficiary and/or Participant Insured in connection with medical information, guarantee decisions, etc., including providing copies of documents containing other information regarding the Participant Insured which is obtained from any Medical Personnel, hospitals or Clinics that keep the Medical Record or any other information regarding the Participant Insured on any correspondence and communications issued by Prudential Indonesia, I/We hereby agree that correspondence and communication regarding the claim, including the documents as mentioned above can be informed and/or disclosed to My/Our Marketing Staff.

Bersedia / Agree

Tidak bersedia / Not Agree

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

(If the option is not filled, all correspondence and communication will be conducted by Prudential Indonesia through the Policyholder without the knowledge of the Sales Forces)

7. Semua keterangan yang diberikan di dalam Surat Pernyataan Penjaminan ini adalah benar telah Saya/Kami tulis dan buat atas keinginan dan persetujuan Saya/Kami, serta tidak ada keterangan maupun hal-hal lainnya yang Saya/Kami sembunyikan. Segala risiko yang timbul termasuk yang di akibatkan karena Surat Pernyataan Penjaminan ini di tandatangani dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya/Kami. Dan Saya/Kami mengerti dan menyetujui bahwa data yang telah diisi pada Formulir ini akan digunakan sebagai informasi untuk pengkinian data di Polis Saya/Kami.

All the information provided in this Letter of Guarantee is true as it was written and made as desired and consented by Me/Us, and there is no information or other things being omitted. All risks arising therefrom, including those resulting from this Letter of Guarantee being signed blank or not fully completed, will be borne by Me/Us. And I/We understand and agree that the data being completed in this Form will be used as information for updating the data in My/Our Policy.

8. 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 pertanggunganaan 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.

Understand, agree and consent that Prudential Indonesia may from time to time collect, store, process and use and share the Personal Data (including but not limited to name, mailing address, email address, home phone number, mobile number, contact, medical data or other information) provided by Me/Us in this Form, as well as information related to My/Our Policy including providing it to any third parties to the extent deemed necessary by the Insurer in the context of processing claims submitted by Me/Us or for any other purposes in connection with My/Our coverage under the Policy, subject to the applicable laws and regulations. I/We agree to be contacted by the Insurer, Sales Forces or any other parties designated by the Insurer through personal means of communication and agree that such communications may be sent either during or outside of business days/hours.

Details regarding the purposes and other parties that may obtain and/or process personal data can be seen in the privacy notice that is accessible on [the https://bit.ly/PRUPemberitahuanPrivasi](https://bit.ly/PRUPemberitahuanPrivasi) that may be updated by Prudential Indonesia from time to time.

9. Surat Pernyataan Penjaminan ini dibuat dalam Bahasa Inggris dan Bahasa Indonesia. Apabila terdapat pertentangan atau ketidaksesuaian, versi Bahasa Indonesia yang akan berlaku.
This Guarantee Statement Letter is made in English and Indonesian languages. In the event of conflict or inconsistency, the Indonesian language version shall prevail.

Demikian Surat Pernyataan Penjaminan ini Saya/Kami buat dan tanda tangani dengan sebenar-benarnya, dalam keadaan sadar dan tanpa tekanan atau paksaan dari pihak manapun.

In witness whereof, this Letter of Guarantee is made and signed by Me/Us accordingly, in a conscious state and without duress or coercion from any party.

Tanda tangan yang membuat pernyataan
Signature of the Declarant

Tanda tangan petugas RS dan stempel RS
Signature of Hospital staff and hospital stamp

Tanggal :
Date

Nama :
Name

Nama :
Name

Bagian :
Section



PRE-AUTHORISATION FORM TO BE COMPLETED BY ATTENDING DOCTOR

(Indicate "NA" if not applicable.)

(Fill dates in format "DDMMYYYY") ____/____/____

Name of Patient :		NRIC / FIN No	
Policy Number :			
A. Details of Hospitalization			
Name of Principal Doctor and Clinic		Name of Hospital / Surgery Centre	
Preferred Ward Type		Date of Admission	Est. Length of Stay (No. of days)
<u>Private</u> <input type="checkbox"/> Day Surgery <input type="checkbox"/> 2 Bed <input type="checkbox"/> Standard Single Bed <input type="checkbox"/> 4 Bed <input type="checkbox"/> Others:		Is the condition typically managed on an outpatient basis? If Yes, please provide reason for <u>this</u> Hospitalization. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, reasons are:	
<u>Public/Restructured</u> <input type="checkbox"/> Day Surgery (subsidised) <input type="checkbox"/> Class B1/B1+ <input type="checkbox"/> Day Surgery (non-subsidised) <input type="checkbox"/> Class B2/B2+ <input type="checkbox"/> Class A <input type="checkbox"/> Class C			
Date of first consultation of symptoms	Date of diagnosis/ provisional diagnosis	Diagnosis / Provisional diagnosis in ICD 10 AM with description	
Date of onset of symptoms / Duration of symptoms		Description of symptoms	
Did the patient come to see you with a referral letter? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (If a referral letter is available, please attach a copy to speed up the pre-authorisation process.)		Based on the information available to you, does the patient have any of the following major co-morbidities? (Note: Only co-morbidities that have impact on the patient's treatment, impact on the duration of hospitalization, or which are medically related to the patient's condition, need to be indicated.)	
Based on the information available to you, is the event for which pre-authorisation is being requested: <input type="checkbox"/> For a routine check-up/screening <input type="checkbox"/> Related to a clinical trial/study		Comorbidities	Date of diagnosis, if available
		<input type="checkbox"/> Cancer	
		<input type="checkbox"/> Stroke, Heart Failure, Cardiovascular Disease	
		<input type="checkbox"/> Diabetes	

<input type="checkbox"/> Related to self-inflicted injuries/attempted suicide <input type="checkbox"/> Related to alcohol/drug abuse <input type="checkbox"/> Related to a congenital anomaly/genetic disorder <input type="checkbox"/> Related to a mental/psychiatric disorder <input type="checkbox"/> Related to an elective cosmetic procedure <input type="checkbox"/> Related to a dental procedure <input type="checkbox"/> Related to an STD or HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Related to pregnancy/ childbirth/infertility /caesarian section /miscarriage or any complications arising there from <input type="checkbox"/> Related to cosmetic reason/ dental care/ refractive error correction	<input type="checkbox"/> Hyperlipidaemia	
	<input type="checkbox"/> Hypertension	
Date of onset of symptoms / Duration of symptoms	<input type="checkbox"/> Kidney Failure	
	<input type="checkbox"/> Other Significant Comorbidities that impact the patient's care (Please state):	
a. If hospitalization was due to injury, please describe circumstance and cause of injury		NOT APPLICABLE
b. Please indicate date/time of accident : (dd/mm/yyyy) _____ / _____ / _____ (hrs) _____ am <input type="checkbox"/> pm <input type="checkbox"/>		

B. Best Estimated Costs	S\$																		
1. Total Professional Fees <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">TOSP Code and Description: Breakdown as:</td> </tr> <tr> <td>Surgeon fees</td> <td style="text-align: right;">S\$</td> </tr> <tr> <td>Anaesthetist fees</td> <td style="text-align: right;">S\$</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">TOSP Code and Description:</td> </tr> <tr> <td>Surgeon fees</td> <td style="text-align: right;">S\$</td> </tr> <tr> <td>Anaesthetist fees</td> <td style="text-align: right;">S\$</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">TOSP Code and Description:</td> </tr> <tr> <td>Surgeon fees</td> <td style="text-align: right;">S\$</td> </tr> <tr> <td>Anaesthetist fees</td> <td style="text-align: right;">S\$</td> </tr> </table>	TOSP Code and Description: Breakdown as:		Surgeon fees	S\$	Anaesthetist fees	S\$	TOSP Code and Description:		Surgeon fees	S\$	Anaesthetist fees	S\$	TOSP Code and Description:		Surgeon fees	S\$	Anaesthetist fees	S\$
TOSP Code and Description: Breakdown as:																			
Surgeon fees	S\$																		
Anaesthetist fees	S\$																		
TOSP Code and Description:																			
Surgeon fees	S\$																		
Anaesthetist fees	S\$																		
TOSP Code and Description:																			
Surgeon fees	S\$																		
Anaesthetist fees	S\$																		
2. Total Attendance Fees																		
3. Total of Other Fees (E.g. Secondary treating doctors' fees, surgical implants, medical consumables, and other charges.) Breakdown as: a. S\$ b. S\$ c. S\$																		

d.	S\$	
----	-----	--

4. Total Hospital Charges	
----------------------------------	--	-------

5. Total Bill Size = 1 + 2 + 3 + 4	
---	--	-------

C. Principal Doctor's Declaration & Signature

1. I represent and warrant that:

- (a) I have personally examined and treated the Insured (i.e. patient) in respect of the medical condition described above and that the information stated above represent my genuine and honest opinion of his/her condition and my recommended treatment; and
- (b) the answers given above are true, accurate and complete to the best of my knowledge and belief and that no information has been withheld.

Official Stamp of Hospital / Clinic

Name of Doctor: _____

Doctor's Signature and Date: _____



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

RAHASIA
Confidential

SURAT KETERANGAN DOKTER (PHYSICIAN FORM)
Rawat Inap/Hospitalization

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Saya telah memeriksa penyakit/luka yang diderita oleh pasien tersebut di bawah ini.
 I hereby certify that I personally examined the illness/injury sustained by the patient mentioned below.

Nama Lengkap Pasien/Patient's Full Name	.....	Rekam Medik/Med. Rec. No :
No. KTP/Passport No	.....	Jenis Kelamin /Sex
Tanggal Lahir/Date of Birth	..... (dd/mm/yy)	<input type="checkbox"/> Laki-laki/Male <input type="checkbox"/> Perempuan/Female
Tanggal Perawatan/Date of Hospitalization	..... (dd/mm/yy) s.d./to	(dd/mm/yy)
Jenis Kamar Perawatan /Type of Hospital Room	.....
Jenis Layanan/Type of Service	<input type="checkbox"/> Rawat Inap Hospitalization	<input type="checkbox"/> Sebelum-Sesudah Rawat Inap Pre-Post Hospitalization <input type="checkbox"/> Rawat Jalan Outpatient
Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui oleh Pasien Date when symptoms or complaint first occurred	..... (dd/mm/yy)	
Tanggal pertama kali konsultasi untuk penyakit yang diderita saat Ini/Date of the first consultation for this condition	..... (dd/mm/yy)	
Mohon jelaskan gejala penyakit Please describe the symptoms of the disease	.....
Diagnosa Utama/Primary Diagnosis	.....
Diagnosa Tambahan/Secondary Diagnosis	.....
Faktor Penyebab Diagnosa/Cause of the disease	.....
Tanggal Diagnosa ditegakkan/Date of when the Diagnosis was established	..... (dd/mm/yy)	
Terapi atau tindakan bedah yang diberikan/ Treatment rendered or type of surgery performed	.....
	Jenis Operasi/Type of operation <input type="checkbox"/> (Elective) <input type="checkbox"/> (Cito/Emergency)	
Nama dokter bedah/Surgeon's name	.....
Hasil pemeriksaan laboratorium/Radiologi Results of laboratory tests/Radiology	.....
Diagnosa di atas disebabkan/merupakan komplikasi dari/berhubungan dengan Diagnosis was due to/a complication from/related to	<input type="checkbox"/> Penyakit Kejiwaan/Mental Disorder <input type="checkbox"/> HIV – AIDS/HIV -AIDS <input type="checkbox"/> Kecelakaan/Accident <input type="checkbox"/> Usia Lanjut/Geriatric <input type="checkbox"/> Kehamilan/Pregnancy <input type="checkbox"/> Kosmetik/Cosmetic <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan Obat/Drug Abuse <input type="checkbox"/> Penyakit akibat Hubungan Seksual/Sexually Transmitted Diseases <input type="checkbox"/> Pengobatan Kesuburan - Ketidaksuburan/Treatment for Fertility or Infertility <input type="checkbox"/> Tumor/Benjolan/Kista/Tumour/Growth/ Cyst <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan atau Turunan/Congenital or Hereditary Disease <input type="checkbox"/> Lain-Lain (Jelaskan)/Others (Please Describe) :	
Bila perawatan dikarenakan kecelakaan, mohon dicantumkan /If the treatment is due to accident, please state:	..... (dd/mm/yy)	
a. Tanggal Kecelakaan/Date of accident	.....
b. Penyebab Kecelakaan/Cause of accident	.....

Mohon dilanjutkan ke halaman berikutnya/Please proceed to the next page



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

RAHASIA
Confidential

SURAT KETERANGAN DOKTER (PHYSICIAN FORM)
Rawat Inap/ Hospitalization

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Saya telah memeriksa penyakit/luka yang diderita oleh pasien tersebut di bawah ini.
I hereby certify that I personally examined the illness/injury sustained by the patient mentioned below.

<p>Apakah pasien pernah konsultasi atau dirawat sebelumnya dengan diagnosa yang sama? <i>Has the patient ever been examined or admitted with the same diagnosis before ?</i></p> <p>a. Tanggal/Date</p> <p>b. Diagnosa/Diagnosis</p> <p>c. Nama Dokter/Name of the Physician</p> <p>d. Nama Rumah Sakit/Name of Hospital</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No Bila "Ya", jawab pertanyaan berikut <i>If "Yes", please answer the following questions</i></p> <p>..... (dd/mm/yy)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Apakah pasien pernah konsultasi atau dirawat sebelumnya ? <i>Has the patient ever been examined or admitted before ?</i></p> <p>a. Tanggal/Date</p> <p>b. Diagnosa/Diagnosis</p> <p>c. Nama Dokter/Name of the Doctor</p> <p>d. Nama Rumah Sakit/Name of Hospital</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No Bila "Ya", jawab pertanyaan berikut <i>If "Yes", please answer the following question</i></p> <p>..... (dd/mm/yy)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Apabila ini kasus rujukan, mohon sebutkan nama dan alamat Dokter pengirim/<i>If this is a referral case, please state the name and address of the referring physician.</i></p>	<p>.....</p>

Saya menyatakan bahwa seluruh informasi di atas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan Saya.
I declare that the above information is accurate and complete to the best of my knowledge and conviction.

Tempat & Tanggal/ Place & Date: _____

 Nama Jelas & Tanda Tangan Dokter
Name and signature of physician

 Nama & Stempel Rumah Sakit
Name and stamp of hospital