



FORMULIR KLAIM MANFAAT RAWAT INAP

- Mohon mengisi dengan menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak dan tulisan tidak keluar dari kotak, jelas dan memberi tanda (✓) 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 sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri (KTP / SIM / Paspor) yang masih berlaku

PERSYARATAN DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM

1. Formulir Klaim Manfaat Rawat Inap yang telah diisi dengan benar dan lengkap,
2. Surat Keterangan Dokter dan/atau resume medis Rawat Inap yang telah diisi lengkap dan jelas oleh Dokter yang merawat Tertanggung,
3. Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan penunjang (jika ada),
4. Kuitansi :
 - Kuitansi untuk **PRU_{hospital & surgical}** dan **PRU_{prime healthcare}** : Kuitansi asli berikut rinciannya, jika Tertanggung memiliki perlindungan manfaat kesehatan dari perusahaan asuransi lain dan/ atau perusahaan lainnya dimana sebagian biaya perawatan sudah diganti oleh perusahaan dan/ atau perusahaan asuransi lain tersebut, maka klaim atas selisih biaya perawatan (sampai dengan batas maksimum sesuai plan) dapat diajukan ke PT Prudential Life Assurance dengan menggunakan salinan kuitansi berikut rincian yang telah dilegalisir oleh perusahaan atau perusahaan asuransi lain, serta melampirkan Surat Koordinasi Manfaat asli dari perusahaan asuransi lain dan/ atau perusahaan lainnya yang didalamnya mencantumkan selisih biaya perawatan yang belum dibayarkan.
 - Kuitansi untuk **PRU_{med}**: Kuitansi asli berikut rinciannya atau fotokopi kuitansi yang dilegalisir dari Rumah Sakit.
5. Fotokopi kartu identitas diri (KTP / SIM / Paspor) yang masih berlaku,
6. Dokumen-dokumen lain yang wajar dan relevan dengan proses pertanggungsertaan serta penyelesaian klaim

Data Diri Nasabah (wajib diisi semua)

Nomor Polis	:	<input type="text"/>
Nama Pemegang Polis	:	<input type="text"/>
Pasien (Tertanggung)	:	<input type="text"/>
Nomor Identitas Diri (ID) Pemegang Polis	:	<input type="text"/>
Nomor Telepon Pemegang Polis	:	<input type="text"/>

Dengan ini mengajukan Klaim sebagai berikut (wajib diisi semua) :

Rawat Inap	:	<input type="checkbox"/> PRU_{med}	<input type="checkbox"/> PRU_{hospital & surgical}	<input type="checkbox"/> PRU_{prime healthcare}
Apakah anda pernah mengajukan Klaim sebelumnya	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	

Jenis Layanan	:	<input type="checkbox"/> Rawat Inap	<input type="checkbox"/> Rawat Jalan
Apakah ada tindakan pembedahan	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Alasan Rawat Inap	:	<input type="checkbox"/> Penyakit	<input type="checkbox"/> Kecelakaan
Nama Rumah Sakit	:	<input type="text"/>	
Nama Dokter yang merawat	:	<input type="text"/>	
Tanggal gejala pertama kali dirasakan	:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	(tgl/bln/thn)
Tanggal Perawatan	:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (tgl/bln/th)
Lama Rawat Inap	:	<input type="text"/>	hari
Lama Rawat Inap (ICU)	:	<input type="text"/>	hari
Apakah Diagnosa penyakit anda termasuk dalam list berikut	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
(Jika "Ya" tolong diberi tanda "✓")		<input type="checkbox"/> Febris (Demam)	<input type="checkbox"/> Typhoid (Tifus)
		<input type="checkbox"/> Gastritis (Maag)	<input type="checkbox"/> Bronkitis (Infeksi Saluran Paru)
		<input type="checkbox"/> URTI (ISPA)	<input type="checkbox"/> GEA (Diare)
		<input type="checkbox"/> Penyakit Virus	<input type="checkbox"/> Bronchopneumonia (Infeksi Jaringan Paru)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Demam Berdarah
Jenis gejala yang dirasakan	:	<input type="text"/>	
Diagnosis	:	<input type="text"/>	
Riwayat Penyakit Sebelumnya	:	<input type="text"/>	

Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan atau perusahaan asuransi lain?	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Nama Perusahaan atau Perusahaan Asuransi lainnya:	<input type="text"/>	Nomor Polis :	<input type="text"/>
Nomor BPJS Pasien (Tertanggung):	<input type="text"/>		

Mohon cantumkan nama bank dan kantor cabang serta nomor rekening Pemegang Polis untuk memudahkan pembayaran jika klaim ini disetujui (huruf cetak).

Alamat tempat tinggal saat ini	:	<input type="checkbox"/> Indonesia	<input type="checkbox"/> Luar Negeri, sebutkan :	<input type="text"/>
Mata Uang	:	<input type="checkbox"/> IDR	<input type="checkbox"/> USD	
Nomor Rekening	:	<input type="text"/>		
Nama	:	<input type="text"/>		
Nama Bank	:	<input type="text"/>		
Kantor Cabang	:	<input type="text"/>		
SWIFT Code/ABA/IBAN *	:	<input type="text"/>		

*Wajib diisi untuk pembayaran ditujukan ke bank di luar negeri

PERNYATAAN PEMEGANG POLIS DAN/ATAU TERTANGGUNG

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

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

Tempat :	<input type="text"/>	Tanda Tangan & Nama Pemegang Polis (sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)	Tanda Tangan & Nama Tertanggung (sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)
Tanggal :	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Nama Jelas	Nama Jelas

**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*

