



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

Surat Keterangan Penjaminan BPJS

Surat Keterangan ini adalah untuk melengkapi dokumen Pengajuan Klaim yang diajukan kepada PT Prudential Life Assurance (Prudential Indonesia)

Nomor Polis : No. BPJS Pasien :
Nama Pemegang Polis :
Nama Lengkap Pasien (Tertanggung/Peserta di Polis) :
Tanggal Lahir Pasien (Tertanggung/Peserta di Polis) :
Nama Dokter Yang Merawat :
Tanggal Rawat Inap :/...../..... s/d/...../.....

Diagnosis / Penyakit :

Klaim yang diajukan : **PRU***med* **PRU***hospital & surgical* lainnya.....

Rincian Pembayaran di Rumah Sakit berkaitan dengan Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan :

Keterangan	Frekuensi	Biaya yang dijamin oleh BPJS	Biaya yang dibayarkan oleh Pasien (tidak dijamin oleh BPJS)
Kamar & Akomodasi	.... hari	Rp	Rp
ICU	.... hari	Rp	Rp
Kunjungan Dokter Umum	.... kali	Rp	Rp
Kunjungan Dokter Spesialis	.... kali	Rp	Rp
Tindakan Bedah		Rp	Rp.
Aneka perawatan		Rp	Rp
Sebelum Rawat Inap		Rp	Rp
Sesudah Rawat Inap		Rp	Rp
Total		Rp	Rp

*Apabila informasi yang disampaikan tidak lengkap, maka Prudential Indonesia akan memproses pengajuan klaim dengan kebijakan perusahaan yang berlaku. Khusus untuk pengajuan klaim Manfaat Rawat Inap dan/atau Tindakan Bedah serta Manfaat Rawat Jalan yang memiliki fasilitas Kartu Peserta harus melampirkan kwitansi asli biaya-biaya yang tidak dijamin oleh BPJS.

Pernyataan Pemegang Polis dan /atau Tertanggung & Petugas Rumah Sakit :

Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan Petugas Rumah Sakit, menyatakan bahwa :

1. Semua Keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini adalah benar dan tidak ada keterangan maupun hal hal lainnya yang disembunyikan.
2. Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya Formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan Petugas Rumah Sakit

Tempat : Tanda Tangan, Nama Pemegang Polis dan /atau Tertanggung
Tanggal:

(-----) (-----)
Pemegang Polis Tertanggung

Tempat : Tanda Tangan, Nama Petugas Rumah Sakit & Cap Rumah Sakit
Tanggal:

(-----)