

**FORMULIR KLAIM RAWAT INAP**
HOSPITALIZATION CLAIM FORM

Nomor Polis/ *Policy Number* :

Nama Pemegang Polis/ *Policy Holder* :

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

Tanggal Lahir/ *Date of Birth* :

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

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

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

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

Diagnosis/ *Diagnosis* :

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

Jenis Gejala yang Dirasakan / *Type of Symptoms* :

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

Riwayat Penyakit Sebelumnya/ *History of the Disease* :

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

Is the patient insured by other insurance companies?

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

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

Mata Uang/ *Currency* : IDR USD

No. Rek/ *Account* :

Nama/ *Name* :

Nama Bank/ *Bank* :

Kantor Cabang/ *Branch* :

Tempat/ Tanggal
Place/ Date

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

Tanda Tangan & Nama Tertanggung
Signature & Life Insured

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

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

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

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

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

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

Tanggal :
Date

Nama :
Name

Tandatangan :
Signature