



R A H A S I A
Confidential

PT. Prudential Life Assurance

Kantor Pusat :

Prudential Centre
Menara Thamrin
Jl. MH Thamrin Kav. 3
Jakarta 10250, Indonesia
Telp : (6221) 398-30-300
Fax : (6221) 398-30-207

PO Box 1805/JKS
Jakarta 12018, Indonesia
E-mail :
customer.idn@prudential.co.id

FORMULIR KLAIM
PRUmed/PRUmedika prima - Rawat Inap

CLAIM FORM
PRUmed/PRUmedika prima - Hospitalization

Formulir ini harus dilengkapi oleh Pemegang Polis & dikembalikan kepada Penanggung, disertai Surat Keterangan Dokter untuk Klaim Prumed/Prumedika prima (Rawat Inap) yang telah diisi oleh dokter yang merawat.

To be completed by the Policy Holder and returned to our Head Office together with a Medical Certificate for Prumed/Prumedika Prima - Hospitalization completed by the Doctor

Nomor Polis/ Policy Numbers

Pemegang Polis/ Policy Holder

Data Tertanggung/ Data of The Life Assured

1. Nama lengkap
Name

2. Tanggal lahir
Date of Birth

3. Alamat & No. Telepon
Address & Phone no.

4. Pekerjaan/ *Occupation*
 (Mohon cantumkan nama perusahaan
 /alamat dan nomor teleponnya) /
Name of Company/Position, address & tel.no.

--

5. Alasan Rawat Inap / *Reasons for Inpatient*

a. Penyakit/ *Illness*
 Jenis / *Nature of Illness.*

--

Jenis Pengobatan/
 Perawatan/Pembedahan
Nature of treatment

--

b. Kecelakaan / *Accident*
 Jenis / *Nature of accident*

--

Sebab / *Caused by*

--

Lokasi Cidera
Location of injury

--

6. Tanggal s/d dan lama perawatan (hari)
date to and duration of hospitalizationdays

Rawat Inap Biasa <i>Hospitalization</i>	Perawatan Intensif) <i>I C U</i>	Pembedahan <i>Surgery</i>
.....hari/ <i>days</i>hari/ <i>days</i>hari/ <i>days</i>

7. Sebutkan jenis-jenis penyakit yang pernah diderita sebelumnya.
Please inform us the previous diseases

Tanggal <i>Date</i>	Penyakit <i>Diseases</i>	Nama Dokter <i>Name of doctor</i>	Alamat <i>Address</i>

8. Nama dan alamat dokter/rumah sakit yang pernah dikunjungi sebelumnya.
Please give us your previous doctor's/hospital's name and address

N a m a / <i>Name</i>	A l a m a t / <i>Address</i>

9. Mohon cantumkan nama, cabang serta nomor rekening bank dari penerima manfaat 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***

No. Rek.Rp : <i>Rp. Account</i> Nama : <i>Name</i> Nama Bank : <i>Bank</i> Cabang : <i>Branch</i>	No. Rek.Dollar : <i>USD Account</i> Nama : <i>Name</i> Nama Bank : <i>Bank</i> Cabang: <i>Branch</i>
--	---

Tanggal
Date

A l a m a t / No. Telp
Address / Phone no.

N a m a
Name

Tanda tangan
Signature

Formulir ini harus disertai syarat-syarat pengajuan klaim lainnya, yaitu :
(This form should be accompanied with) :

1. Formulir Klaim Keterangan Dokter untuk Klaim Prumed/Prumedika prima-Rawat inap
Medical certificate form for Prumed/Prumedika prima-hospitalization claim
2. Resume Medis dari dokter yang pernah merawat Tertanggung
Medical details from the attending physician
3. Foto kopi seluruh hasil pemeriksaan Laboratorium dan Radiologi
Photocopies of all laboratorium and radiology tests
4. Rincian Biaya Perawatan dan Kuitansi Rumah Sakit (asli)
Invoice from the Hospital (Original)

Dokumen-dokumen asli akan dikembalikan setelah dilegalisir oleh PT Prudential Life Assurance
Original docs will be returned after verified by PT Prudential Life Assurance

SURAT KUASA PEMBERIAN REKAM MEDIS

POWER OF ATTORNEY FOR MEDICAL RECORDS

Yang bertanda tangan dibawah ini/The Undersigned :

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

Hubungan dengan Tertanggung :
(*Relationship with the Life Assured*)

Saya memberi kuasa kepada PT Prudential Life Assurance untuk mendapatkan informasi atau data medis (antara lain yang saya sebutkan pada kolom di bawah ini) **dari semua dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi atau dari pihak-pihak lain** yang terkait sehubungan dengan pengajuan klaim asuransi jiwa ini. **Saya setuju salinan surat ini berlaku sama kuatnya seperti yang asli.**

I/We hereby authorize PT Prudential Life Assurance to seek any medical information/other details from doctors/specialists or other sources and I also give My/our consent to the related parties to submit any information needed. I agree that a photocopy of this authorization shall be as valid as the original)

Tanggal/ *Date*

Tandatangan/ *Signature*