



PT Prudential Life Assurance
Prudential Tbk
Jl. Jend. Sudirman Kav. 79, Jakarta 12110
Customer Care: 15000656/online:www.prudential.co.id
www.prudential.co.id

(14)

Daftar Registrasi Klaim
(Permohonan Manfaat Asuransi)

1-8

-MIA-

15010101

00340349

Nama Tenaga
Pemasar

09 06 84

Nama Unit dan
Kantor Pemasar

12545598

Nama Lengkap Pemegang Polis:

HENOKI · K
DR. DANIEL /CG

Andrew Lino

Dokumen yang diperlukan: (Mohon berikan tanda ✓ pada dokumen yang diperlukan)

Dokumen	Bentuk Dokumen (Asli/Fotokopi)	Jika Asli Ingin Dikembalikan
<input checked="" type="checkbox"/> Formulir Klaim Teranggung/Peserta	Harus Asli	Tidak Bisa Dikembalikan
<input checked="" type="checkbox"/> Surat Keterangan Dokter	Harus Asli	Tidak Bisa Dikembalikan
<input checked="" type="checkbox"/> Kuitansi RS untuk Klaim PRU Hospital & Surgical (Syariah)/ PRUPrime Healthcare (Syariah)	Harus Asli	Tidak Bisa Dikembalikan
<input type="checkbox"/> Buku Polis	Harus Asli	Tidak Bisa Dikembalikan
<input type="checkbox"/> Surat Keterangan Meninggal dari Dokter*	Harus Asli	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Surat Berita Acara Kepolisian*	Harus Asli	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hasil Radiologi	Harus Asli	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kuitansi RS untuk Klaim PRU Hospital & Surgical (Syariah)/ PRUPrime Healthcare (Syariah)*	<input type="checkbox"/> Asli <input type="checkbox"/> Fotokopi (Harus Legalisir)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hasil Pemeriksaan Kesehatan*	<input type="checkbox"/> Asli <input type="checkbox"/> Fotokopi (Harus Legalisir)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Akte Kematian*	<input type="checkbox"/> Asli <input type="checkbox"/> Fotokopi (Harus Legalisir)	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Fotokopi Kartu Identitas Diri		

*Mohon disertakan fotokopi dokumen apabila dokumen asli ingin dikembalikan

Lain-lain

FC · BUTAB

<input type="checkbox"/>

Diterangkan oleh:
Tenaga Pemasar/Sekretaris Kantor

farwidi

Diterima oleh:

() Nama Jelas _____ Loket Kantor Pusat _____



FORMULIR KLAIM MANFAAT RAWAT INAP DAN RAWAT JALAN

- FORMULIR KLAIM MANFAAT RAWAT INAP DAN RAWAT JALAN**

 - Yang berhak mengajukan klaim adalah Pemegang Polis, jika Pemegang Polis sama dengan Tertanggung/Peserta dan meninggal dunia, maka yang berhak mengajukan klaim adalah Penerima Manfaat.
 - Formulir klaim ini hanya berlaku untuk Pemegang Polis dengan pengajuan klaim atas 1 (satu) nama Tertanggung/Peserta dalam Satu Periode Rawat Inap.
 - Jika terdapat perbedaan dalam pengajuan periode rawat inap, maka harap melampirkan formulir klaim yang berbeda yang ditandatangani oleh Pemegang Polis sesuai dengan Polis yang diajukan tersebut.
 - Dalam hal Tertanggung/Peserta memiliki manfaat pertanggungan rawat inap di polis lainnya dengan Pemegang Polis yang berbeda dengan Pemegang polis atas pengajuan klaim ini dan bersedia untuk mengajukan klaim rawat inap maka harap melampirkan formulir klaim yang berbeda.
 - Mohon mengisi formulir ini dengan menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak dan seluruh tulisan di dalam kotak, jelas, dan memberi tanda (v) pada kotak jawaban yang sesuai.
 - Mohon tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi dengan lengkap dan benar sebelum menandatangannya.
 - Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung/Peserta di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku.
 - Kami berhak menunda klaim, jika persyaratan kelengkapan dokumen pengajuan klaim tersebut di bawah ini tidak lengkap.
 - Demi kenyamanan Nasabah, kami menganjurkan agar menggunakan metode penjaminan/cashless jika ada rawat inap berikutnya.
 - Data yang telah diisi pada formulir ini akan digunakan sebagai informasi untuk pengkinian data pada polis nasabah.

I. Jenis Klaim Manfaat Asuransi

Mohon beri tanda (✓) sesuai jenis klaim manfaat asuransi yang diajukan

- Manfaat Klaim Santunan Harian Rawat Inap dan manfaat sejenisnya**
(termasuk PRUMed/Syariah, PRUMed Cover/Syariah, PRUMed Cover Plus/Syariah, PRUHospital Care/PRUHospital Care Plus, PRUMedika Prima, Hospital Cash Plan, Hospital in Safe, PRUHospital Advantage)

Manfaat Penggantian Biaya Perawatan Sesuai Limit dan manfaat sejenisnya
(termasuk PRUHospital & Surgical/Syariah, PRUHospital & Surgical 75/Syariah, PRUHospital & Surgical Cover/Syariah, PRUHospital & Surgical Cover Plus/Syariah)

Manfaat Penggantian Biaya Perawatan Sesuai Tagihan* dan manfaat sejenisnya
(termasuk PRUPrime Healthcare/Syariah, PRUPrime Healthcare Plus/Syariah, PRUSolusi Sehat/Syariah)

Manfaat Penggantian Biaya Perawatan Kondisi Kritis Sesuai Tagihan dan manfaat sejenisnya
(termasuk PRUCritical Hospital Cover/Syariah)

*untuk manfaat tertentu

II. Data Diri Pemegang Polis (*wajib diisi)

III. Data Diri Tertanggung/Peserta (wajib diisi)

1. Nama Tertanggung/Peserta : **KENNETH ARTHUR LIOMO**
2. Tanggal Lahir Tertanggung/Peserta : **02 - 11 - 2017**
(tanggal) (bulan) (tahun)
3. Jenis Kelamin : Pria Wanita

IV. Data Klaim Kesehatan

Mohon diisi dan dilengkapi sesuai dengan manfaat Uji ini.

1. Pengajuan Manfaat Rawat Inap

 - Tanggal Rawat Inap :

14
(tanggal)

 -

04
(bulan)

 -

2024
(tahun)

 s/d

16
(tanggal)

 -

04
(bulan)

 -

2024
(tahun)
 - Lama Hari Rawat Inap :

03

 - Khusus untuk pengajuan manfaat PRU Prime Healthcare Plus/Syariah & PRU Solusi Sehat/Syariah, apakah mengajukan manfaat Santunan Harian Rawat Inap?

Ya Tidak

2. Pengajuan Manfaat Rawat Jalan

- a. Tanggal Rawat Inap (jika ada) untuk manfaat pre dan post : - - s/d - -
 (tanggal) (bulan) (tahun) (tanggal) (bulan) (tahun)

b. Mohon beri tanda (✓) pada manfaat rawat jalan yang diajukan

 - Rawat Jalan sebelum/setelah rawat inap Rawat Jalan Cuci Darah
 - Tindakan Bedah Rawat Jalan Rawat Jalan Kanker
 - Rawat Jalan sebelum/setelah Bedah Rawat Jalan Fisioterapi
 - Rawat Jalan Darurat/Darurat lanjutan hanya kecelakaan Home Nursing/Juru Rawat

c. Mohon sebutkan seluruh tanggal rawat jalan yang diajukan pada klaim ini :

Suntunan Pagi Juga

- Santunan Pemakaman** (PRUPrime Healthcare/Syariah,
PRUPrime Healthcare Plus/Syariah, PRUSolusi Sehat/Syariah)

Santunan Meninggal akibat Kecelakaan (PRUHospital & Surical Cover Plus)

Santunan Dara Marhamah (PRUPrime Healthcare Syariah,
PRUPrime Healthcare Plus Syariah, PRUSolusi Sehat Syariah)

Santunan HIV/AIDS

4. Khusus untuk pengajuan manfaat PRUCritical Hospital Cover/Syariah, PRUHospital Care/Syariah, PRUHospital & Surgical Cover Plus/Syariah, dan PRUHospital & Surgical Cover Plus

Kanker/Stroke/Serangan Jantung/Gagal Ginjal/Bypass Grafting Arteri Koroner/Bedah Katup Jantung/Bedah Aorta/Bedah Pengangkatan Satu Paru-Paru/Bedah Pengangkatan Dua Paru-Paru/Transplantasi Organ Utama/Angioplasty dan/perawatan invasif untuk Penyakit Arteri Koroner?

- | | | | |
|---|--|---|-------------------------------|
| 5. Nama Dokter yang merawat | <input type="checkbox"/> Tidak | : AF LENY MARIANA | |
| 6. Nama Rumah Sakit | | : RS TH T PROKLAMASI | |
| 7. Diagnosis | | : NESSUA i SKD | |
| 8. Alasan Rawat | | : | |
| 9. Apakah ini merupakan klaim perawatan di Luar Negeri? | <input checked="" type="checkbox"/> Penyakit | <input type="checkbox"/> Kecelakaan | |
| 10. Apakah dilakukan tindakan pembedahan? | <input type="checkbox"/> Ya | <input checked="" type="checkbox"/> Tidak | Jika Ya, sebutkan nama negara |
| | <input type="checkbox"/> Ya | <input checked="" type="checkbox"/> Tidak | |



15010621

VII. Persyaratan Kelengkapan Dokumen Pengajuan Klaim

Persyaratan untuk pengajuan klaim manfaat santunan harian rawat inap dan/atau dengan metode pengantian sebagai berikut.

1. Formulir klaim yang telah diisi dengan benar dan lengkap.
2. Kartu Identitas Pemegang Polis/Penerima Manfaat* dan Tertanggung/Peserta (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku.
*Kartu Identitas Penerima Manfaat diperlukan jika Pemegang Polis meninggal dunia
3. Kartu Identitas Tertanggung/Peserta (Jika Tertanggung/Peserta usia di atas 17 tahun/sudah menikah).
4. Surat Keterangan dokter dan/resume medis yang telah diisi lengkap, jelas, dan ditandatangani oleh dokter yang merawat Tertanggung/Peserta.
5. Kuitansi Asli (untuk pengajuan manfaat klaim sesuai limit dan manfaat klaim sesuai tagihan).
6. Fotokopi kuitansi yang dilegalisir asli (untuk pengajuan klaim manfaat santunan harian rawat inap).
7. Rincian detail kuitansi perawatan.
8. Salinan/fotokopi hasil pemeriksaan penunjang diagnostik/laboratorium.
9. Surat Koordinasi Manfaat dari Asuransi lain beserta lampirannya, jika penanggung pertama adalah asuransi lain (untuk pengajuan klaim manfaat sesuai tagihan).
10. Kronologis kecelakaan (disertai Laporan Kecelakaan jika melibatkan pihak kepolisian) apabila mengajukan klaim kecelakaan.
11. Fotokopi Buku Tabungan halaman pertama atas nama Pemegang Polis atau para Penerima Manfaat.
12. Surat Keterangan dari bagian administrasi Rumah Sakit yang menjelaskan bahwa kamar sesuai plan tidak tersedia/penuh (untuk pengajuan klaim PRUPrime Healthcare Plus/Syariah, PRUCritical Hospital Cover/Syariah, dan PRUSolusi Sehat/Syariah).
13. Surat Keterangan Penjaminan BPJS format Prudential apabila klaim dijaminkan BPJS dan tidak dapat melampirkan dokumen rincian biaya rawat inap.
14. Surat Keterangan Pembayaran Klaim dari Asuransi/Instansi untuk klaim Manfaat Santunan Harian Rawat Inap pada PRUPrime Healthcare Plus/Syariah/PRUSolusi Sehat/Syariah jika nama Asuransi/Instansi penjamin tidak terinformasi pada rincian rawat inap.
15. Apabila diagnosis klaim berkaitan dengan Anemia, Leukimia, Gangguan Pernafasan, Gangguan Saluran Cerna, Gangguan Ginjal, Hepatitis, Sirosis Hati, Hernia Nukleus Pulusus (HNP), Sakit Kepala, Tekanan Darah Tinggi, Stroke, Kanker, Tumor, Kista dan Benjolan, Kecelakaan Lalu Lintas, serta Perawatan di Cina, mohon dapat melampirkan kuesioner. Kuesioner tersebut diunduh melalui website www.prudential.co.id. Untuk diagnosis lain akan kami mintakan kuesioner khusus untuk diisi kemudian jika diperlukan.
16. Dokumen lain yang dianggap perlu oleh Penanggung/Pengelola.

Persyaratan untuk pengajuan klaim manfaat Santunan Pemakaman atas asuransi PRUPrime Healthcare/Syariah, PRUPrime Healthcare Plus/Syariah, PRUSolusi Sehat/Syariah dan/atau Santunan Dana Marhamah atas asuransi PRUPrime Healthcare/Syariah, PRUPrime Healthcare Plus/Syariah, PRUSolusi Sehat/Syariah sebagai berikut.

1. Polis asli atau dalam hal Polis dibuat dalam bentuk elektronik, maka Pemegang Polis wajib menyerahkan Ringkasan Polis asli.
2. Formulir klaim yang telah diisi dengan benar dan lengkap.
3. Surat Keterangan Dokter untuk klaim meninggal dunia yang telah diisi lengkap dan jelas oleh dokter yang merawat Tertanggung/Peserta.
4. Catatan medis atau resume medis Tertanggung/Peserta yang lengkap dan jelas.
5. Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi.
6. Fotokopi KTP atau tanda kenal diri Pemegang Polis dan Penerima Manfaat dalam hal Pemegang Polis telah meninggal dunia (untuk Pemegang Polis orang perseorangan) atau Surat Keterangan dari Pemegang Polis yang menjelaskan bahwa Tertanggung/Peserta masih bekerja di Pemegang Polis (untuk Pemegang Polis perusahaan atau badan usaha).
7. Fotokopi Surat Keterangan Kematian Tertanggung/Peserta yang diterbitkan oleh instansi yang berwenang.
8. Fotokopi Surat Perubahan Nama Pemegang Polis (untuk Pemegang Polis orang perseorangan), Peserta/Tertanggung, dan Penerima Manfaat, jika pernah dilakukan perubahan nama.
9. Fotokopi akta perubahan anggaran dasar beserta persetujuan atau bukti pencatatan dari Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia sebagaimana disyaratkan oleh peraturan perundang-undangan dan dokumen pengangkatan direksi/pihak yang berwenang lainnya untuk Pemegang Polis perusahaan atau badan usaha.
10. Berita Acara Kepolisian asli jika Tertanggung/Peserta meninggal karena Kecelakaan yang diproses oleh pihak Kepolisian.
11. Dokumen lain yang dianggap perlu oleh Penanggung/Pengelola.

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 : **KENNETH ARTHUR LIONO**
: **C2 - 11 - 2017**

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/pakaian 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 :

JKT, 05/06/2024

Tanda tangan dan nama Tertanggung/Peserta/Pemegang Polis /Penerima Manfaat **
*Signature and Name of Life Assured/Participant/Policy Owner /Beneficiary ***



1 5 0 1 1 4 0 1



(**) Coret yang tidak perlu/Cross the unnecessary ones



Panduan/Checklist Kelengkapan Dokumen Untuk Klaim Rawat Inap Metode Penggantian

Pastikan seluruh dokumen yang dikirim dalam **Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris**.

Pastikan seluruh dokumen yang dikirim **dapat dibaca dengan jelas**.

Disarankan menggunakan klaim **metode penjaminan (cashless)** untuk klaim berikutnya agar penjaminan klaim rawat inap lebih cepat, mudah, dan nyaman.

Informasi lebih lengkap dapat diakses pada: <https://www.prudential.co.id/id/claims-support/claim/>

Untuk klaim rawat inap, sebelum/sesudah rawat inap metode penggantian:

- 1. Formulir klaim rawat inap yang telah diisi dengan benar dan lengkap serta ditandatangani oleh Pemegang Polis/Tertanggung/Peserta.
- 2. Surat Keterangan Dokter Rawat Inap dan/atau resume medis yang telah diisi lengkap, jelas, dan ditandatangani oleh dokter yang merawat Tertanggung/Peserta; disertai cap stempel RS/Klinik dan cap stempel dokter yang merawat.
- 3. Kuitansi Asli (untuk pengajuan manfaat klaim sesuai limit dan manfaat klaim sesuai tagihan).
Jika mengajukan manfaat santunan harian rawat inap: Fotokopi kuitansi yang dilegalisir asli.
- 4. Rincian detail seluruh kuitansi perawatan (kuitansi mengacu pada poin 3) termasuk rincian obat.
- 5. Fotokopi seluruh hasil dan interpretasi hasil pemeriksaan penunjang laboratorium dan/atau diagnostik pada saat perawatan:
 - Hasil Pemeriksaan Laboratorium
 - Hasil Patologi Anatomi (PA) dan interpretasi
 - Hasil Rontgen dan interpretasi
 - Hasil USG dan interpretasi
 - Hasil CT-Scan dan interpretasi
 - Hasil Angiografi dan interpretasi
 - Hasil MRI dan interpretasi
 - Lain-lain:
- 6. Surat Kuasa Data Medis bermeterai Rp 10,000.
- 7. Kuesioner terkait diagnosis klaim: bila diagnosis klaim berkaitan dengan:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Gangguan Ginjal | <input type="checkbox"/> Tekanan Darah Tinggi/Hipertensi | <input type="checkbox"/> Operasi |
| <input type="checkbox"/> Leukimia | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Stroke | <input type="checkbox"/> Kecelakaan Lalu Lintas |
| <input type="checkbox"/> Gangguan Pernafasan | <input type="checkbox"/> Sirosis Hati | <input type="checkbox"/> Kanker | <input type="checkbox"/> Perawatan di Cina |
| <input type="checkbox"/> Gangguan Saluran Cerna | <input type="checkbox"/> Hernia Nukleus Pulposus (HNP) | <input type="checkbox"/> Tumor, Kista, dan Benjolan | |
| <input type="checkbox"/> Arthritis, Rematik, Kelainan Sendi | <input type="checkbox"/> Epilepsi/Kejang | <input type="checkbox"/> Gondok/Tiroid | |
| <input type="checkbox"/> Katarak | <input type="checkbox"/> Sakit Kepala | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus/Kencing Manis | |

(dapat diunduh pada <https://www.prudential.co.id/id/claims-support/claim/formulir-claim/>)

- 8. Kartu Identitas Pemegang Polis dan Tertanggung/Peserta (**KTP/SIM/Paspor**) yang masih berlaku.
Jika Pemegang Polis meninggal dunia: Kartu Identitas Penerima Manfaat (KTP/SIM/Paspor).
- 9. Fotokopi Buku Tabungan halaman pertama atas nama Pemegang Polis atau para Penerima Manfaat.

Dokumen tambahan khusus:

- 10. **Jika klaim kecelakaan: Kronologis kecelakaan/Kecelakaan Lalu Lintas**
 - 10.1. Jika melibatkan pihak kepolisian: Laporan Kecelakaan
 - 10.2. Jika Tertanggung/Peserta adalah pengemudi kendaraan: **SIM yang masih berlaku**
- 11. **Jika sebagian telah dijaminkan asuransi lain (termasuk BPJS): seluruh lampiran berikut:**
 - 11.1. Surat Koordinasi Manfaat dari Asuransi lain
 - 11.2. Kuitansi selisih asli (biaya yang tidak dijaminkan)
 - 11.3. Rekapitulasi (Rincian) biaya yang sudah dijaminkan oleh Asuransi lain
- 12. **Jika telah dijaminkan BPJS dan tidak dapat melampirkan dokumen rincian biaya rawat inap: Surat Keterangan Penjaminan BPJS format Prudential dan kuitansi selisih asli** (seperti pada poin 11).
(dapat diunduh pada <https://www.prudential.co.id/export/sites/prudential-id/id/galleries/pdf/formulir-keterangan-penjaminan-bpjs.pdf>)

Dokumen tambahan khusus pengajuan klaim PRUPrime Healthcare Plus/Syariah, PRUCritical Hospital Cover/Syariah, dan PRUSolusi Sehat/Syariah:

- 13. **Jika kamar sesuai plan tidak tersedia/penuh: Surat Keterangan** dari bagian administrasi Rumah Sakit yang menjelaskan bahwa kamar sesuai plan tidak tersedia/penuh.
- 14. **Jika mengajukan klaim Manfaat Santunan Harian Rawat Inap pada PRUPrime Healthcare Plus/Syariah/PRUSolusi Sehat/Syariah: Surat Keterangan Pembayaran Klaim** dari Asuransi/Instansi lain (Surat Koordinasi Manfaat).



Panduan/Checklist Kelengkapan Dokumen Untuk Klaim Rawat Inap Metode Pengantian

Untuk klaim manfaat Santunan Pemakaman dan/atau Santunan Dana Marhamah atas asuransi PRUPrime Healthcare/Syariah, PRUPrime Healthcare Plus/Syariah, PRUSolusi Sehat/Syariah, manfaat Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan atas asuransi PRUHospital&Surgical Cover Plus/Syariah:

- 1. Formulir Klaim Meninggal yang telah diisi dengan benar dan lengkap oleh Pemegang Polis atau para Penerima Manfaat (jika Pemegang Polis sudah meninggal dunia).
- 2. Surat Keterangan Dokter untuk klaim meninggal dunia yang telah diisi lengkap dan jelas oleh dokter yang merawat Tertanggung/Peserta disertai cap stempel RS/Klinik dan cap stempel dokter yang merawat.
- 3. Catatan medis atau resume medis Tertanggung/Peserta yang lengkap dan jelas.
- 4. Fotokopi seluruh hasil dan interpretasi hasil pemeriksaan penunjang laboratorium dan atau diagnostik pada saat perawatan:
 - Hasil Pemeriksaan Laboratorium
 - Hasil Rontgen dan interpretasi
 - Hasil CT-Scan dan interpretasi
 - Hasil MRI dan interpretasi
 - Hasil Patologi Anatomi (PA) dan interpretasi
 - Hasil USG dan interpretasi
 - Hasil Angiografi dan interpretasi
 - Lain-lain:
- 5. Fotokopi Akta Kematian dari Catatan Sipil atas nama Tertanggung/Peserta.
- 6. Fotokopi KTP atau tanda kenal diri Pemegang Polis dan Penerima Manfaat (bila Pemegang Polis telah meninggal dunia).
- 7. Untuk Pemegang Polis perusahaan atau badan usaha: Surat Keterangan dari Pemegang Polis yang menjelaskan bahwa Tertanggung/Peserta masih bekerja di Pemegang Polis.
- 8. Jika pernah dilakukan perubahan nama: Fotokopi Surat Perubahan Nama Pemegang Polis (untuk Pemegang Polis perseorangan), Tertanggung/Peserta, dan Penerima Manfaat.
- 9. Fotokopi Buku Tabungan halaman pertama atas nama Pemegang Polis atau para Penerima Manfaat.
- 10. Jika meninggal karena kecelakaan yang diproses oleh pihak kepolisian: Berita Acara Kepolisian asli.
- 11. Untuk Pemegang Polis perusahaan atau badan usaha: Fotokopi akta perubahan anggaran dasar beserta persetujuan atau bukti pencatatan dari Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia sebagaimana disyaratkan oleh peraturan perundang-undangan dan dokumen pengangkatan direksi/pihak yang berwenang lainnya.



E.N.T CENTER

Jl : Proklamasi No. 43 Jakarta Pusat 10320 Telp. 021-3900002 Fax. 021-3900947

Dicetak oleh : Nur Fadillah Kamil, TGLAKH, 16 April 2024, 09:44:02

KWI TANSI

No. : 001204/2024

Sudah Terima Dari : MEDILINK - ASURANSI UMUM MEGA

Untuk Pembayaran : Selisih Biaya Operasi / Perawatan
Pasien a/n KENNETH ARTHUR LIONO
[00618729 / 2404140020]

Terbilang : DUA PULUH ENAM JUTA LIMA RATUS
 SEMBILAN RIBU TIGA RATUS SEBELAS
 RUPIAH

Rp. 26,509,311,-

JAKARTA, 16 APRIL 2024



1516190224EXP0627		1516190224EXP0627	
JL. PROKARMAT NO. 43		JL. PROKARMAT NO. 43	
PEKANGSAN, JAMARIA		PEKANGSAN, JAMARIA	
NFC# 000005000132710		NFC# 000005000132710	
*** SIGNATURE NOT REQUIRED ***		*** SIGNATURE NOT REQUIRED ***	
TOTAL : Rp. 26,509,314		TOTAL : Rp. 26,509,314	
BCA REF. NO. : 003360		BCA REF. NO. : 003360	
027866		027866	
DATE / TIME : 16 APR, 24 09:46		DATE / TIME : 16 APR, 24 09:46	
TRACE NO. : 017360		TRACE NO. : 017360	
APR. 2001 658800		APR. 2001 658800	
TSI : E800		TSI : E800	
CCCB00447F		CCCB00447F	
Mastercard		Mastercard	
VISA 4000550555555555		VISA 4000550555555555	
*** SIGNATURE NOT REQUIRED ***		*** SIGNATURE NOT REQUIRED ***	

PROVINSI DKI JAKARTA
JAKARTA UTARA

NIK : 3172013009840005

Nama : ANDREW LIONO
Tempat/Tgl Lahir : JAKARTA, 30-09-1984
Jenis kelamin : LAKI-LAKI Gol. Darah : O
Alamat : TELUK GONG BLOK K.III
NO.38
RT/RW : 015/012
Kel/Desa : PEJAGALAN
Kecamatan : PENJARINGAN
Agama : BUDHA
Status Perkawinan: KAWIN
Pekerjaan : KARYAWAN SWASTA
Kewarganegaraan: WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



JAKARTA UTARA
01-11-2017

KCP GATOT SUBROTO

1451272719

ANDREW LIONO

5015703L 22/12/2015 BCA MEGA KUNING

Buku ini adalah milik Bank, apabila ditemukan harap dikembalikan kepada Kantor/Cabang Bank Central Asia

disahkan oleh

BANK CENTRAL ASIA