

FORMULIR KLAIM MANFAAT RAWAT INAP - PERSALINAN

I. Persyaratan Dokumen Pengajuan Klaim

1. Formulir Klaim Manfaat Rawat Inap yang telah diisi dengan lengkap dan benar dan menggunakan TINTA WARNA HITAM dan HURUF CETAK.
2. Resume medis rawat inap yang telah diisi oleh Dokter yang merawat
3. Kuitansi asli total biaya perawatan dan rincian biayanya dimana terdapat nama Pasien dan tanggal perawatan.
4. Fotokopi resep obat-obatan.
5. Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan penunjang.
6. Fotokopi kartu identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku. Jika yang melakukan perawatan adalah anak-anak maka lampirkan kartu identitas diri dari salah satu orang tua.
7. Dokumen-dokumen lain yang wajar dan relevan dengan proses pertanggung jawaban serta penyelesaian klaim.
8. Kami berhak menunda klaim, jika persyaratan kelengkapan dokumen pengajuan klaim tersebut tidak lengkap.
9. Jika ada kesalahan dalam penulisan harap di tanda tangan sesuai dengan identitas diri

II. Data Tertanggung/Karyawan (wajib diisi)

Nomor Polis: _____

Nama Perusahaan: _____

Nama Karyawan: _____

Nomor Kepesertaan Karyawan: _____

Nama Pasien: _____

Nomor Kepesertaan Pasien: _____

Hubungan Pasien Dengan Karyawan: Diri Sendiri Istri Suami Anak

Alasan rawat inap: Penyakit Kecelakaan Persalinan

Apakah ada tindakan pembedahan: Ya Tidak

III. Pernyataan Karyawan dan/atau Pasien

Karyawan dan/atau Pasien (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 ditandatanganinya Formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap sepenuhnya menjadi tanggung jawab Saya.
3. Dengan ini Saya memberi kuasa kepada setiap dokter, tenaga medis, rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi dan badan hukum, perorangan, instansi/lembaga atau pihak-pihak lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan Saya dan/atau Keluarga saya untuk memberikan informasi/data/dokumen medis kepada PT Prudential Life Assurance atau mereka yang diberi kuasa olehnya. Salinan yang tercantum diatas dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti kuasa aslinya.
4. Saya memberikan kuasa dan persetujuan kepada PT Prudential Life Assurance atau mereka yang diberikan kuasa olehnya untuk memberikan informasi medis milik Saya dan keluarga Saya kepada Departemen Sumber Daya Manusia pada perusahaan Saya, pialang asuransi dan/atau Forum Klaim Indonesia.
5. Untuk pelaksanaan kuasa ini saya dengan ini melepaskan ketentuan-ketentuan dalam pasal 1813, pasal 1814, dan pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia, dan
6. Dalam hal PT Prudential Life memerlukan informasi tambahan dari perusahaan asuransi lain dan atau instansi lainnya, Saya mengizinkan PT Prudential Life Assurance untuk memberikan data-data Polis Saya guna mendapatkan informasi yang diperlukan tersebut.

Tempat: _____

Tanggal: ____ - ____ - ____

 Nama Jelas & Tanda Tangan Karyawan

IV. Diisi oleh Dokter yang memeriksa

Nama Lengkap Pasien	
Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Nomor Rekam Medis	
Tanggal Mulai Dirawat	____ - ____ - _____
Tanggal Keluar Perawatan	____ - ____ - _____
Keluhan Utama	
Keluhan Tambahan	
Tanggal keluhan pertama kali diketahui oleh Pasien	____ - ____ - _____
Apakah Pasien pernah mendapatkan perawatan sebelumnya untuk penyakit ini? Mohon dijelaskan	
Pemeriksaan Fisik	TD: _____ mmHg Suhu: _____ °C Nadi: _____ x/menit RR: _____ x/menit
Nomor Regio gigi (Bila pengobatan berhubungan dengan gigi)	+ _____
Hasil pemeriksaan Laboratorium / Diagnostik	
Diagnosa Utama	
Diagnosa Tambahan	
Terapi atau tindakan bedah yang diberikan	
Diagnosa diatas disebabkan / merupakan komplikasi dari / berhubungan dengan	<input type="checkbox"/> Gangguan Kejiwaan <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan <input type="checkbox"/> Terapi Hormonal <input type="checkbox"/> Kecelakaan <input type="checkbox"/> Penyakit Turunan <input type="checkbox"/> Gigi <input type="checkbox"/> Kehamilan & Persalinan <input type="checkbox"/> HIV - AIDS <input type="checkbox"/> Kesuburan <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan obat <input type="checkbox"/> Kecantikan <input type="checkbox"/> Lain-Lain (Jelaskan): _____
Bila Perawatan karena kecelakaan, mohon cantumkan: a. Tanggal Kecelakaan b. Penyebab Kecelakaan c. Kronologis Kecelakaan	_____ _____ _____ _____

Saya, dokter yang merawat/memeriksa, dengan ini menyatakan keterangan tersebut diatas lengkap dan benar

Tempat: _____

Tanggal: ____ - ____ - _____

Nama Jelas & Tanda Tangan Dokter

Stempel & Alamat Dokter/Rumah Sakit