

PT Prudential Life Assurance terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

FORMULIR KLAIM MANFAAT RAWAT JALAN

 Rawat Jalan

 Rawat Gigi

 Kacamata

I. Persyaratan Dokumen Pengajuan Klaim

1. Formulir Klaim Manfaat Rawat Jalan yang telah diisi dengan lengkap dan benar dan menggunakan TINTA WARNA HITAM dan HURUF CETAK.
2. Kuitansi pembayaran asli biaya Dokter/Obat/Laboratorium/Fisioterapi/Optik.
3. Fotokopi resep obat-obatan.
4. Surat rujukan pemeriksaan penunjang oleh Dokter yang merawat dan fotokopi seluruh hasil pemeriksaan penunjang.
5. 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.
6. Dokumen-dokumen lain yang wajar dan relevan dengan proses pertanggung jawaban serta penyelesaian klaim.
7. Kami berhak menunda klaim, jika persyaratan kelengkapan dokumen pengajuan klaim tersebut tidak lengkap.
8. Jika ada kesalahan dalam penulisan harap di tanda tangan sesuai dengan identitas diri.

II. Data Karyawan dan Pasien (wajib diisi)

Nomor Polis: _____

Nama Perusahaan: _____

Nama Karyawan: _____

Nomor Kepesertaan Karyawan: _____

Nama Pasien: _____

Nomor Kepesertaan Pasien: _____

 Hubungan Pasien Dengan Karyawan: Diri Sendiri Suami/Istri Anak

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 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

Tanggal pengobatan	_____ - _____ - _____
Anamnesa	
Pemeriksaan Fisik	TD: _____ mmHg Suhu: _____ °C Nadi: _____ x/menit RR: _____ x/menit
Hasil pemeriksaan Laboratorium / Diagnostik	
Nomor Regio gigi (Bila pengobatan berhubungan dengan gigi)	
Diagnosis	
Terapi atau tindakan yang dilakukan	
Diagnosa di atas disebabkan/ merupakan komplikasi dari / berhubungan dengan	<input type="checkbox"/> Gangguan Kejiwaan <input type="checkbox"/> HIV - AIDS/HIV-AIDS <input type="checkbox"/> Kecelakaan <input type="checkbox"/> Kecantikan <input type="checkbox"/> Kehamilan & Persalinan <input type="checkbox"/> Terapi Hormonal <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan obat <input type="checkbox"/> Gigi <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan <input type="checkbox"/> Kesuburan <input type="checkbox"/> Penyakit Turunan <input type="checkbox"/> Penyakit akibat hubungan seksual <input type="checkbox"/> Lain-Lain (Jelaskan): _____

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