

KUESIONER KLAIM – ANEMIA (KEKURANGAN SEL DARAH MERAH)

- * Dalam hal Tertanggung tidak sama dengan Pemegang Polis, Kuesioner dapat diisi oleh Tertanggung/Pemegang Polis.
- * Untuk pengajuan Klaim Meninggal Dunia, kuesioner diisi oleh Penerima Manfaat Polis dengan melampirkan fotokopi KTP/identitas lainnya yang berlaku.

No. Polis :

Nama Tertanggung :

1. Apakah Tertanggung pernah dan/atau sedang mengalami gejala sehubungan dengan Anemia (Kekurangan Sel Darah Merah)?

☐ Ya

☐ Tidak

Jika “Ya”, sejak kapan gejala tersebut dirasakan?.....(tgl/bln/thn)

2. Gejala yang dialami Tertanggung tersebut berupa:

☐ Kelelahan;

☐ Mudah letih;

☐ Perdarahan dari hidung/mimisan;

☐ Kulit dan mata berwarna pucat;

☐ Gejala lainnya (mohon sebutkan jika ada).....

3. Apakah Tertanggung pernah mengalami perdarahan (contoh: keluar darah dari hidung/mimisan, gusi berdarah, buang air besar berdarah atau hal lainnya)?

☐ Ya

☐ Tidak

Jika “Ya”, mohon jawab pertanyaan (a dan b) di bawah ini:

a. Dari mana perdarahan itu timbul?.....

Kapan pertama kali hal itu terjadi?.....(tgl/bln/thn)

b. Berapa kali dalam satu tahun terakhir?.....

Kapan terakhir kali hal tersebut terjadi?..... (tgl/bln/thn)

4. Apakah Tertanggung pernah melakukan konsultasi ke Dokter untuk gejala/kelainan tersebut di atas?

☐ Ya

☐ Tidak

Jika “Ya”, sebutkan kapan Tertanggung melakukan konsultasi?.....(tgl/bln/thn)

5. Apa diagnosa Dokter atas gejala/kelainan pada Tertanggung tersebut?

.....
.....

6. Pemeriksaan apa saja yang pernah dilakukan Tertanggung sehubungan dengan gejala/kelainan tersebut?

Jenis Partisan	Hasil Pemeriksaan	Tanggal Pemeriksaan
1. Biopsi Sumsum Tulang		
2. Darah rutin: - Eritrosit (Sel darah merah) - Hemoglobin		
3. Apusan darah perifer/darah tepi		

(Jika ada mohon untuk melampirkan hasil-hasil pemeriksaan tersebut)

7. Apa saja pengobatan yang telah diberikan kepada Tertanggung?

a. Mohon sebutkan nama obat-obatan yang dikonsumsi

.....
Sejak kapan?(tgl/bln/thn)

Apakah saat ini Tertanggung masih mengkonsumsi obat-obatan tersebut?

☐ Ya
☐ Tidak

b. Apakah Tertanggung pernah menerima Transfusi darah?

☐ Ya
☐ Tidak

Jika "Ya", sejak kapan?(tgl/bln/thn)

- Berapa kali mendapat tranfusi darah dalam 1 tahun?.....
- Kapan pertama kali mendapat tranfusi darah?.....
- Kapan terakhir kali mendapat tranfusi darah?.....

8. Mohon tuliskan nama dan alamat Dokter keluarga (langganan)/Rumah Sakit lain yang pernah dikunjungi oleh Tertanggung:

Nama Dokter/Rumah Sakit	Alamat	Telepon	Diagnosis yang ditegakkan

Pernyataan Pemegang Polis, Tertanggung, dan/atau Penerima Manfaat

Dengan ini Pemegang Polis, Tertanggung, dan/atau Penerima Manfaat (untuk selanjutnya disebut “Saya/Kami”) menyatakan telah memberikan informasi, jawaban, dan keterangan dalam Kuesioner ini secara lengkap, jujur, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada informasi lainnya yang Saya/Kami sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja, yang dapat memengaruhi pengajuan klaim Manfaat Asuransi Saya/Kami. Apabila dikemudian hari ditemukan fakta bahwa pengisian data dan informasi sebagaimana disebutkan di atas tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat suatu informasi lainnya yang disembunyikan, maka hal tersebut dapat menyebabkan penolakan setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan, pembatalan atau pengakhiran Polis, keputusan *underwriting* (penilaian risiko) yang berbeda, dan/atau penagihan kekurangan Premi sebagaimana diatur dalam ketentuan Polis.

Ketahui istilah medis yang ada pada form kuesioner ini, dapat diakses pada <https://www.prudential.co.id/id/claims-support/glossary/>

.....
(Tempat dan Tanggal)

.....
(Nama dan Tanda Tangan Tertanggung/
Pemegang Polis/ Penerima Manfaat)