

KUESIONER KLAIM – ARTRITIS, REMATIK DAN KELAINAN SENDI LAINNYA

- * 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.

No. Polis :

Nama Tertanggung :

1. Lengkapi pertanyaan berikut ini:

a. Jelaskan keluhan sehubungan dengan persendian/tulang yang Anda alami:

.....
.....

b. Pada bagian sendi mana yang terkena:

- ☐ Punggung
- ☐ Pergelangan Tangan/Kaki
- ☐ Bahu
- ☐ Jari Tangan/Kaki
- ☐ Leher
- ☐ Panggul
- ☐ Lainnya:

c. Kapan keluhan tersebut pertama kali terjadi?(tgl/bln/thn)

d. Kapan keluhan tersebut terakhir terjadi?(tgl/bln/thn)

e. Apakah Anda pernah diperiksa oleh Dokter, Fisioterapi atas keluhan tersebut?

- ☐ Ya
- ☐ Tidak

f. Nama Dokter yang mendiagnosa, Nama Rumah Sakit atau Klinik beserta alamat:

.....

.....

g. Apa diagnosis yang diberikan:

- ☐ *Rheumatoid arthritis*
- ☐ *Lupus*
- ☐ *Gout*
- ☐ *Cervical Root Syndrome*
- ☐ HNP (Saraf terjepit)
- ☐ Lainnya:

h. Apakah Anda saat ini dalam pengobatan untuk kondisi ini?

- ☐ Ya
- Jenis pengobatan:
- Nama obat yang diberikan:
- ☐ Tidak
- Tanggal konsultasi terakhir:(tgl/bln/thn)

i. Apakah Anda mengalami kesulitan dalam menjalankan tugas pekerjaan atau kegiatan sehari-hari saat ini?

- ☐ Ya
- ☐ Tidak
- Jika "Ya" Mohon jelaskan:

j. Apakah Anda memerlukan penyesuaian khusus di tempat kerja atau penggunaan alat bantu untuk memenuhi persyaratan pekerjaan Anda?

- ☐ Ya
- ☐ Tidak
- Jika "Ya" Mohon jelaskan:

k. Apakah Anda telah disarankan untuk atau sudah dilakukan penggantian sendi/pemasangan pen/plat atau operasi untuk kondisi ini?

- ☐ Ya

- ☐ Tidak
- ☐ Jika "Ya" Mohon jelaskan:

2. Jenis pemeriksaan yang pernah dijalani

Jenis Pemeriksaan	Ya	Tidak	Tanggal	Hasil	Hasil Terlampir	
					Ya	Tidak
a. Rontgen dada						
b. Tes Darah						
c. MRI Scan						
d. CT Scan						
e. Lainnya, sebutkan:						
-						
-						
-						

3. Mohon sebutkan bila ada informasi lain yang mungkin dapat membantu proses pengajuan klaim ini:

.....

.....

.....

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/>.



PT Prudential Life Assurance
Prudential Tower
Jl. Jend. Sudirman Kav. 79, Jakarta 12910
Customer Care: 500085/ customer.idn@prudential.co.id
www.prudential.co.id

PT Prudential Life Assurance terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

.....,

(Tempat dan Tanggal)

.....

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