

KUESIONER KLAIM - ASMA (*ASTHMA*)/SESAK NAPAS

- * 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 memiliki riwayat penyakit Asma (sesak akibat peradangan dan penyempitan pada saluran napas) atau gejala sesak napas?

☐ Ya

☐ Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan sejak usia berapa menderita penyakit Asma (sesak akibat peradangan dan penyempitan pada saluran napas) atau gejala sesak napas?

Usia menderita gangguan asma.....

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

2. Mohon jelaskan keluhan yang dirasakan pada waktu serangan timbul :

.....
.....

3. Apakah penyakit Tertanggung tersebut pernah dikonsulkan ke Dokter?

☐ Ya

☐ Tidak

Jika YA, kapan?(tgl/bln/thn)

Sebutkan nama Rumah Sakit

Sebutkan nama Dokter

4. Dalam 2 (dua) tahun terakhir ini, berapa kali Tertanggung mendapat serangan dan berapa lama? kali, jam/menit/detik

5. Kapan terakhir kali Tertanggung mengalami serangan Asma (sesak akibat peradangan dan penyempitan pada saluran napas)?.....(tgl/bln/thn)

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

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Tanggal Pemeriksaan

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

7. Mohon sebutkan obat-obatan yang diberikan oleh Dokter kepada Tertanggung.

Nama Obat	Dosis yang diberikan	Tanggal diberikan

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/>



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)