

KUESIONER KLAIM – EPILEPSI

- * 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. Kapan Anda pertama kali didiagnosa epilepsi?(tgl/bln/thn)

b. Jenis epilepsi yang Anda derita sesuai dengan diagnosa Dokter:

(* = silahkan melihat penjelasan istilah-istilah tersebut di akhir kuesioner ini)

☐ *Grand mal**

☐ *Temporal lobe**

☐ *Absence seizures**

☐ *Petit mal**

☐ *Tonic-clonic**

Lainnya:.....

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

.....
.....
.....

d. Berapa banyak serangan epilepsi yang Anda alami per tahun?.....

e. Kapan Anda mengalami epilepsi?

☐ Siang/malam hari

☐ Setelah kecemasan mental yang berkepanjangan

☐ Setelah kegembiraan

- ☐ Setelah minum alkohol
- ☐ Faktor-faktor pencetus lainnya:

f. Berapa lama serangan epilepsi berlangsung?

g. Jika sedang mengalami serangan epilepsi, kondisi yang Anda alami adalah:

- ☐ Pusing
- ☐ Pingsan
- ☐ Kehilangan kesadaran
- ☐ Lainnya, sebutkan:
- Mohon jelaskan:

h. Apakah Anda pernah melukai diri sendiri akibat dari epilepsi yang diderita?

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

i. Apakah kondisi ini memengaruhi setiap aspek dari pekerjaan Anda?

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

j. Apakah Anda pernah tidak dapat bekerja karena kondisi ini?

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

k. Apakah Anda dilarang untuk memiliki Surat Izin Mengemudi atau aktivitas Anda dibatasi karena epilepsi?

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

1. Berapa lama setelah epilepsi Anda dapat melanjutkan aktivitas normal Anda?
.....
- m. Apakah Anda pernah dirawat inap karena epilepsi?
☐ Ya
☐ Tidak
 Jika "Ya" Mohon jelaskan:
- n. Kapan serangan epilepsi Anda yang terakhir?
2. Pengobatan yang dilakukan:
 - a. Saat ini:
 - Nama obat yang diberikan:
 - Dosis:
 - b. Tanggal konsultasi terakhir:(tgl/bln/thn)
 - c. Siapa yang bertanggung jawab?
 - d. Berapa sering Anda melakukan kontrol?
3. Jenis pemeriksaan yang pernah dijalani:

Jenis Pemeriksaan	Ya	Tidak	Tanggal	Hasil	Hasil Terlampir	
					Ya	Tidak
a. <i>Electroencephalograph</i> (EEG)						
b. CT Scan						
c. MRI Scan						
d. Lainnya, sebutkan: - -						

							
--	-------	--	--	--	--	--	--

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

.....

.....

Penjelasan Umum Mengenai Beberapa Istilah Penyakit Yang Terdapat Pada Kuesioner Epilepsi:

(Penjelasan ini bersifat umum dan semata-mata dibuat untuk membantu Tenaga Pemasar menjelaskan beberapa istilah yang terdapat di Kuesioner ini. Penjelasan ini bukan definisi penyakit dan untuk penjelasan lebih lanjut, mintalah pendapat dari Tenaga Medis yang profesional)

1. Kejang Tonik Klonik = kejang yang terdiri dari dua fase, fase tonik, dimana terjadi kekakuan di seluruh tubuh, kemudian diikuti dengan fase klonik dimana terjadi hentakan-hentakan yang tak terkendali.
2. *Grand mal* = jenis epilepsi yang ditandai dengan kejang yang awalnya berbentuk tonik kemudian menjadi bentuk klonik dan juga disertai dengan hilangnya kesadaran.
3. *Petit mal* = jenis epilepsi yang ditandai dengan kejang ringan dan penurunan kesadaran, biasanya dengan tatapan mata yang kosong, tanpa adanya kehilangan kesadaran.
4. *Temporal Lobe Epilepsy* = jenis epilepsi yang diawali dari bagian otak yang disebut lobus temporalis yang biasanya disertai dengan berbagai perasaan, emosi, pikiran atau pengalaman.
5. *Absence seizures* = jenis epilepsi dimana biasanya terdapat gejala berupa tatapan yang kosong sesaat, atau penurunan kesadaran selama beberapa detik.

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)