

KUESIONER KLAIM – GANGGUAN PEMBULUH DARAH OTAK (STROKE)

- * 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. Kapan pertama kali Tertanggung didiagnosis Dokter menderita penyakit gangguan pembuluh darah otak (*stroke*)?

.....(*tgl/bln/thn*)

2. Mohon sebutkan keluhan yang dirasakan oleh Tertanggung.

.....

.....

3. Apakah Tertanggung pernah berkonsultasi kepada Dokter mengenai penyakit gangguan pembuluh darah otak (*Stroke*)?

() Ya () Tidak

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

Mohon sebutkan diagnosis yang ditegakkan oleh Dokter

Mohon sebutkan nama Rumah Sakit/ Dokter yang merawat

4. Pemeriksaan apa saja yang pernah dilakukan atas diri Tertanggung sehubungan dengan gejala/ penyakit tersebut?

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Tanggal Pemeriksaan

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

5. Apakah ada obat yang diberikan Dokter kepada Tertanggung untuk penyakit tersebut?

() Ya () Tidak

Jika YA, mohon sebutkan obat-obatan yang diberikan oleh Dokter.

Nama Obat	Dosis yang diberikan	Tanggal diberikan

6. Apakah Tertanggung pernah mempunyai riwayat penyakit seperti dibawah ini?

Diagnosis / Penyakit	Tanggal Diagnosis ditegakkan	Nama Dokter/ Rumah Sakit	Alamat/ Telepon
a. Tekanan Darah Tinggi			
b. Peningkatan Lemak Darah (Hiperkolesterol)			
c. Diabetes Mellitus (Kencing Manis)			
d. Penyakit Jantung			
e.dll.			

7. Kapan terakhir kali Tertanggung berkonsultasi ke Dokter?

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

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)