

KUESIONER KLAIM – GANGGUAN PERNAPASAN

- * 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. Mohon tunjukkan diagnosa yang tepat untuk gangguan pernapasan Anda (jika di ketahui):

- ☐ *Asthma*
- ☐ *Chronic bronchitis*
- ☐ *Chronic obstructive airways disease*
- ☐ *Emphysema*
- ☐ *Pulmonary tuberculosis*
- ☐ *Bronchiectasis*
- ☐ *Obstructive sleep apnea*
- ☐ Lainnya, sebutkan

- b. Nama Dokter yang mendiagnosa>Nama Rumah Sakit/Klinik beserta alamat:

.....
.....

- c. Berapa hari Anda berkonsultasi ke Dokter tersebut?.....

- d. Tanggal pertama kali konsultasi.....(tgl/bln/thn)

- e. Kapan pertama kali Anda menderita gejala tersebut?.....

- f. Jelaskan keluhan yang dirasakan dan bagaimana keluhan tersebut mempengaruhi Anda?.....

- g. Berapa sering Anda mengalami serangan/gejala?.....
- h. Kapan keluhan Anda yang terakhir?.....
- i. Apakah Anda mengetahui adanya faktor tertentu yang memicu keluhan, seperti olahraga, *stress* atau alergi?
- ☐ Ya
- ☐ Tidak
- Jika "Ya" mohon jelaskan:
-
- j. Apakah keluhan tersebut membatasi aktifitas Anda?
- ☐ Ya
- ☐ Tidak
- Jika "Ya" mohon jelaskan:
-
- k. Apakah Anda pernah tidak bekerja karena kondisi tersebut?
- ☐ Ya
- ☐ Tidak
- Jika "Ya" Mohon jelaskan, diantaranya tanggal & lamanya tidak masuk kerja
-
- l. Pernahkah Anda dirawat di Rumah Sakit untuk kondisi ini?
- ☐ Ya
- Tanggal perawatan:.....(tgl/bln/thn)
 - Lama di Rumah Sakit:
 - Nama Rumah Sakit:
 - Nama Dokter yang merawat:
 - Tindakan medis yang diberikan:
 - Hasil perawatan:
- ☐ Tidak

2. Pengobatan yang diberikan

Jenis pengobatan	Ya	Tidak	Nama obat dan dosis	Tanggal pengobatan	
				Dimulai	Dihentikan
a Suntikan					
b Obat Inhaler					
c. Obat minum					
d Lainnya, sebutkan: - - -					
e Operasi			Sebutkan jenis operasi dan tanggal dilakukan operasi/		

3. Jenis pemeriksaan yang pernah dijalani

Jenis Pemeriksaan	Ya	Tidak	Tanggal	Hasil	Hasil Terlampir	
					Ya	Tidak
a Tes fungsi paru/Spirometri						
b Foto dada						
c Elektrokardiografi (EKG)						
d Lainnya, sebutkan: - - -						

4. 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/>.

.....

(Tempat dan Tanggal)

.....

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