

KUESIONER KLAIM – GANGGUAN SALURAN CERNA

- * 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. Lengkapi pertanyaan berikut ini:

a. Diagnosa Dokter:

- ☐ Maag
☐ Infeksi usus
☐ Lainnya, sebutkan.....

b. Apa penyebab penyakit ini timbul dan bagaimana gejala yang dirasakan Tertanggung?.....
.....

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

d. Pengobatan yang telah diberikan kepada Tertanggung:

I. Saat ini

- ☐ Tablet.....
☐ Dosis.....
☐ Lainnya, sebutkan.....

II. Dahulu

- ☐ Tablet.....
☐ Dosis.....
☐ Lainnya, sebutkan.....

e. Apakah Tertanggung pernah dirawat di Rumah Sakit sehubungan dengan gangguan saluran cerna?

- ☐ Ya
☐ Tidak

Jika “Ya”, mohon sebutkan:

- Sejak kapan dan berapa lama hari rawat?(tgl/bln/thn)
- Nama Dokter/Rumah Sakit/beserta alamat:
.....
.....
.....

- Lainnya, mohon jelaskan.....
.....

f. Apakah Tertanggung dioperasi atau disarankan operasi untuk gangguan saluran cerna?

- ☐ Ya
☐ Tidak

Jika “Ya”, mohon sebutkan:

- Sejak kapan?(tgl/bln/thn)
- Nama Dokter/Rumah Sakit/beserta alamat:
.....
.....
- Lainnya, mohon jelaskan.....
.....

g. Apakah Tertanggung pernah tidak masuk kerja karena gangguan ini?

- ☐ Ya
☐ Tidak

Jika “Ya”, mohon sebutkan:

- Kapan?..... (tgl/bln/thn)
- Jelaskan.....
.....

2. Pernahkan Tertanggung menjalani pemeriksaan sebagai berikut:

Jenis Pemeriksaan	Ya	Tidak	Tanggal	Hasil	Hasil Terlampir	
					Ya	Tidak
a. Endoskopi						
b. USG Abdomen						
c. Barium Meal						
d. Lainnya, sebutkan: - - -						

3. Mohon sebutkan apabila 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)