

KUESIONER KLAIM – KATARAK (KEKERUHAN PADA LENSA MATA)

- * 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. Sejak kapan Tertanggung merasakan gangguan pada mata?

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

2. Sebutkan jenis gangguan pada mata (pilih satu atau beberapa pilihan di bawah ini)

- ☐ Kabur/ tidak bisa melihat dengan jelas
- ☐ Pandangan terasa ganda/ double
- ☐ Bengkak dan merah
- ☐ Gatal
- ☐ lain-lain,
sebutkan.....

3. Gangguan tersebut terjadi pada mata :

- () Kanan
- () Kiri
- () Kedua mata

4. Apakah Tertanggung pernah berkonsultasi ke dokter mengenai keluhan tersebut?

- () Ya
- () Tidak

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

Apa diagnosis yang ditegakkan oleh Dokter?

.....

Sebutkan nama Rumah Sakit

Sebutkan nama Dokter

5. Apakah pernah dilakukan operasi pada diri Tertanggung untuk penyakit tersebut?

- () Ya
- () Tidak

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

Jenis tindakan operasi yang dilakukan

Sebutkan nama Rumah Sakit

Sebutkan nama Dokter

6. 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)

7. Apakah ada obat yang diberikan Dokter pada Tertanggung untuk penyakit tersebut?

() Ya () Tidak

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

Nama Obat	Dosis yang diberikan	Tanggal diberikan

8. Apakah Tertanggung menggunakan alat bantu penglihatan?

() Ya () Tidak

Jika YA, sebutkan

9. 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/>.

.....
(tempat dan tanggal)

.....
(nama dan tandatangan Tertanggung/
Pemegang Polis/ Penerima Manfaat)