



KUESIONER KLAIM - KENCING MANIS (DIABETES MELITUS)

- * 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. Kapan Tertanggung pertama kali didiagnosa oleh Dokter menderita Kencing Manis (Diabetes Mellitus)?.....(tgl/bln/thn)

2. Tipe Diabetes Mellitus yang dialami Tertanggung?

☐ Tipe 1

☐ Tipe 2

3. Apakah Tertanggung meminum obat?

☐ Ya

☐ Tidak

Jika "Ya", mohon tuliskan nama obat dan dosis

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

Sejak kapan konsumsi obat tersebut?.....(tgl/bln/thn)

4. Apakah Tertanggung menggunakan insulin?

☐ Ya

☐ Tidak

Jika "Ya", mohon tuliskan nama insulin dan dosis

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

5. Mengenai pemantauan kondisi Tertanggung:

a. Mohon sebutkan nama dan alamat Dokter/Rumah Sakit tempat Tertanggung berobat.

.....
.....

- b. Seberapa sering Dokter menyarankan Tertanggung untuk memeriksakan Gula Darah?
- ☐ 1 (satu) kali per Bulan
- ☐ Lebih dari 1 (satu) kali per bulan
- ☐ Lainnya, sebutkan
- c. Kapan Tertanggung terakhir berkonsultasi dengan Dokter?
-(tgl/bln/thn)
- d. Berapa kali Tertanggung melakukan pemeriksaan gula darah atau urine dalam 2 tahun terakhir?
-
- e. Mohon tuliskan hasil pemeriksaan terakhir Tertanggung beserta tanggal pemeriksaan :

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Tanggal Pemeriksaan
Gula darah puasa		
Gula darah 2 jam setelah makan		
Gula darah air seni/urine		
HbA1C		
Elektrokardiografi (EKG)		
Rontgen Dada		
Lainnya, sebutkan:		

- f. Apakah Tertanggung pernah mengalami koma diabetik?
- ☐ Ya
- ☐ Tidak
- Jika "Ya",
- Kapan Tertanggung dirawat di Rumah Sakit? (tgl/bln/thn)
- Nama Rumah Sakit tempat Tertanggung dirawat.....

5. Pernahkah Tertanggung mengalami kejadian berikut ini?

Gangguan	Ya	Tidak	Jika YA, tuliskan detailnya termasuk kapan dan tempat perawatan
Penglihatan			
Tekanan darah tinggi			
Peredaran darah atau jantung			
Albumin atau protein di air seni/urine			
Kesemutan pada kaki atau tungkai			
Ginjal			

Gangrene/Luka membusuk yang tak kunjung sembuh			
Lainnya, sebutkan:			

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. 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.



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

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)