

KUESIONER KLAIM - PERAWATAN DI CINA

- * 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. Sebutkan tujuan Tertanggung pergi ke negara Cina?

.....

2. Mohon sebutkan tanggal perawatan di negara Cina?

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

Apa diagnosis yang ditegakkan oleh Dokter?

.....

Sebutkan nama Rumah Sakit

Sebutkan nama Dokter

3. 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)

4. Sebutkan tindakan yang diberikan saat perawatan Tertanggung di negara Cina.

.....

5. Apakah perawatan di negara Cina diatas atas rujukan Dokter dari negara Indonesia?

() Ya () Tidak

Jika YA, mohon melampirkan surat rujukan tersebut.

6. Mohon sebutkan perawatan yang pernah dilakukan Tertanggung di Indonesia sebelum melakukan perawatan di negara Cina.

Nama Dokter/ Rumah Sakit	Alamat	Telepon	Diagnosis yang ditegakkan

7. Mohon dapat melampirkan fotokopi *Passport* secara lengkap dengan cap imigrasi atau jika melalui *autogate* (tidak ada cap imigrasi) melampirkan *copy boarding pass* yang mencantumkan tanggal keberangkatan dari Indonesia ke Cina dan tanggal kedatangan dari Cina ke Indonesia.

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)