

KUESIONER KLAIM – SIROSIS HEPATIS (PENGERASAN DAN/ATAU KEMATIAN JARINGAN HATI)

+

- * 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. Apakah Tertanggung pernah atau sedang didiagnosis Sirosis Hepatis (Pengerasan dan/atau Kematian Jaringan Hati)?

- ☐ Ya
☐ Tidak

Jika "Ya", mohon jawab pertanyaan (a-c) di bawah ini:

- a. Bagaimana gejalanya?

.....
.....

- b. Kapan Tertanggung pertama kali mengalami gejala tersebut?(tgl/bln/thn)

- c. Apakah sampai saat ini Tertanggung masih mengalami gejala tersebut?

.....
.....

2. Apakah ada obat yang diberikan Dokter kepada Tertanggung untuk penyakit tersebut?

- ☐ Ya
☐ Tidak

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

Nama Obat	Dosis yang diberikan	Tanggal diberikan

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. Apakah Tertanggung pernah dirawat inap sehubungan dengan penyakit tersebut?

☐ Ya

☐ Tidak

Jika "Tidak", mohon melengkapi tabel berikut :

Tanggal Perawatan	Nama Rumah Sakit/ Dokter	Diagnosis yang ditegakkan

5. 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



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

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)