



KUESIONER KLAIM – TEKANAN DARAH TINGGI (HIPERTENSI)

- * 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. Kapan Tertanggung pertama kali didiagnosa oleh Dokter bahwa Tertanggung menderita darah tinggi?

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

Nama dan alamat dokter yang memeriksa

.....
.....

2. Pada waktu itu tekanan darah Tertanggung diperiksa untuk keperluan/keluhan apa? Misalnya: pemeriksaan rutin, karena keluhan

.....
.....

3. Berapa tekanan darah Tertanggung waktu itu? (Sistolik/Diastolik)

.....
.....

4. Sebutkan nama obat Tekanan Darah Tinggi yang Tertanggung minum beserta dosisnya?

Saat ini

.....
.....

Dahulu

.....
.....

5. Kapan terakhir kali Tertanggung melakukan konsultasi dokter untuk tekanan darah tinggi? Sebutkan nama dan alamat Dokter tersebut dan berapa tekanan darah saat itu (bila dilakukan beberapa kali pemeriksaan, mohon sebutkan semua hasilnya)

.....
.....

6. Pernahkah Tertanggung menjalani pemeriksaan EKG (Elektrokardiografi), Rontgen dada, Test Lemak Darah, atau pemeriksaan lain?

() Ya () Tidak

Jika YA, kapan? Bagaimana hasilnya dan mohon lampirkan copy hasilnya

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

7. Pernahkah terdapat kelainan pada hasil analisa air seni (urine) Tertanggung?

() Ya () Tidak

Jika YA, kapan? Dan sebutkan kelainan jenisnya

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

8. Pernahkah Tertanggung didiagnosa bahwa Tertanggung mengalami gangguan jantung, seperti: Gangguan irama jantung, Iskemi, Infark/Kematian Otot Jantung, Serangan Jantung, atau Gagal Jantung?

() Ya () Tidak

Jika YA, sebutkan jenis gangguan tersebut menurut Dokter, nama dan alamat Dokter, kapan diagnosa tersebut diberikan, dan jenis tindakan dan nama obat-obatan yang diberikan

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

9. Apakah Tertanggung pernah mengalami:

Gangguan Ginjal

() Ya () Tidak

Jika YA, sebutkan waktu terjadinya, nama dan alamat Dokter dan obat yang diberikan

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

Protein dalam urine

() Ya () Tidak

Jika YA, sebutkan waktu terjadinya, nama dan alamat Dokter dan obat yang diberikan

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

Gangguan sirkulasi darah

() Ya () Tidak



Jika YA, sebutkan waktu terjadinya, nama dan alamat Dokter dan obat yang diberikan

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

10. Mohon sebutkan informasi lain sehubungan dengan kondisi kesehatan Tertanggung 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)