



## KUESIONER KLAIM - ANEMIA

- \* 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. Pernahkah Tertanggung mengalami gejala sehubungan dengan Anemia?

( ) Ya ( ) Tidak

Jika “YA”, sejak kapan gejala tersebut dirasakan?

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

2. Gejala yang dialami Tertanggung tersebut berupa :

- kelelahan ;
- mudah letih ;
- perdarahan dari hidung ;
- kulit dan mata berwarna pucat ;
- dll (mohon sebutkan jika ada) .....

3. Pernahkah Tertanggung mengalami perdarahan?

( ) Ya ( ) Tidak

Jika “YA” :

- Dari mana perdarahan itu timbul? .....  
Kapan pertama kali hal itu terjadi? .....(tgl/bln/thn)
- Berapa kali dalam satu tahun terakhir? .....  
Kapan terakhir kali hal tersebut terjadi? .....(tgl/bln/thn)

4. Apakah Tertanggung pernah melakukan konsultasi ke Dokter atas gejala/ penyakit tersebut diatas?

( ) Ya ( ) Tidak

Jika “YA”, sebutkan kapan Tertanggung melakukan konsultasi?

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

5. Apa diagnosis Dokter atas gejala/ penyakit pada Tertanggung tersebut?

.....

6. Apakah pengobatan yang telah diberikan kepada Tertanggung?

Obat-obatan yang dikonsumsi? Mohon sebutkan.

.....

Sejak kapan? .....(tgl/bln/thn)

Apakah saat ini Tertanggung masih mengkonsumsi obat-obatan tersebut?

( ) Ya ( ) Tidak

Transfusi darah?

( ) Ya ( ) Tidak

Sejak kapan? .....(tgl/bln/thn)

- Berapa kali mendapat tranfusi darah dalam 1 tahun? .....

- Kapan pertama kali mendapat tranfusi darah? .....

- Kapan terakhir kali mendapat tranfusi darah? .....

Pengobatan lainnya, mohon sebutkan.

.....

Sejak kapan? .....(tgl/bln/thn)

7. Pemeriksaan apa saja yang pernah dilakukan Tertanggung sehubungan dengan gejala/ penyakit tersebut?

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Tanggal Pemeriksaan

*(Jika ada mohon untuk melampirkan hasil-hasil pemeriksaan tersebut)*

8. 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 Tertanggung atau Pemegang Polis atau Penerima Manfaat

Tertanggung atau Pemegang Polis atau Penerima Manfaat (selanjutnya disebut “Saya”) menyatakan bahwa:

1. Semua keterangan yang diberikan dalam Kuesioner ini telah Saya berikan dengan jelas, benar dan jujur. Tidak ada keterangan maupun hal-hal lainnya yang Saya sembunyikan yang dapat mempengaruhi proses klaim.
2. Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya Kuesioner ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya.

.....  
(tempat dan tanggal)

.....  
(nama dan tanda tangan Tertanggung/  
Pemegang Polis/ Penerima Manfaat)