



15012105

Formulir
CLAIM – 10

KUESIONER GANGGUAN PERNAPASAN
RESPIRATORY DISORDERS QUESTIONNAIRE

UNTUK DIISI OLEH PESERTA(YANG DIASURANSIKAN) ATAU ORANG TUA PESERTA (YANG DIASURANSIKAN) (APABILA PESERTA (YANG DIASURANSIKAN) BERUSIA DI BAWAH 21 TAHUN)/
TO BE COMPLETED BY LIFE ASSURED/PARTICIPANT OR BY PARENT (IF LIFE ASSURED/PARTICIPANT IS UNDER 21 YEARS OLD)

Isilah dengan menggunakan TINTA WARNA HITAM, HURUF CETAK dan TULISAN TIDAK KELUAR DARI KOTAK, jelas dan memberi tanda (✓) pada kotak jawaban yang sesuai. Kuesioner yang tidak diisi dengan lengkap tidak dapat diproses. Fill by using BLACK INK, CAPITAL LETTERS and WITHIN THE BOX PROVIDED, write clearly and check (✓) the appropriate box. Incomplete questionnaire will not be processed.

Nama Pemegang Polis:/Name of Policy Holder:

Nama Peserta (Yang Diasuransikan)*:

Name of Life Assured/Participant:

1. Lengkapi pertanyaan berikut ini:/Please complete the following questions:

a. Mohon tunjukkan diagnosa yang tepat untuk gangguan pernafasan Anda (jika diketahui):

Please indicate the precise diagnosis of your respiratory problem (if known):

- ☐ Asthma
☐ Chronic bronchitis
☐ Chronic obstructive airways disease
☐ Emphysema
☐ Pulmonary tuberculosis
☐ Bronchiectasis
☐ Obstructive sleep apnoea
☐ Lainnya, sebutkan:/Others, please state:

b. Nama Dokter yang mendiagnosa>Nama Rumah Sakit/Klinik beserta alamat:

Name of the doctor who stated diagnose, hospital's/clinic's and address:

c. Berapa hari Anda berkonsultasi ke Dokter tersebut?

Number of consultations:

d. Tanggal pertama kali konsultasi:/Date of first consultation:

(tgl/bln/thn)/(dd/mm/yyyy)

e. Kapan pertama kali Anda menderita gejala tersebut?

When did you first experienced the symptoms?

f. Jelaskan keluhan yang dirasakan dan bagaimana keluhan tersebut mempengaruhi Anda?

Please describe your symptoms and how they affect you?

g. Berapa sering Anda mengalami serangan/gejala?

How many episodes have you had the symptom

h. Kapan keluhan Anda yang terakhir?

When did you experience the last symptom?

i. Apakah Anda mengetahui adanya faktor tertentu yang memicu keluhan, seperti olahraga, stress atau alergi?

Are you aware of any specific factor(s) which trigger your symptoms, such as exercise, stress or allergy?

☐ Ya/Yes

- Mohon jelaskan:

Please provide details:

☐ Tidak/No

j. Apakah keluhan tersebut membatasi aktifitas Anda?

Does the symptom cause a functional limitation in your daily activities?

☐ Ya/Yes

- Mohon jelaskan:

Please provide details:

☐ Tidak/No



4. Mohon sebutkan bila ada informasi lain yang mungkin dapat membantu proses pengajuan Klaim ini:
Please provide any additional information that you feel will be useful in processing your claim:

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah memberikan jawaban dan keterangan dalam Kuesioner ini secara lengkap dan benar. Saya tidak menyembunyikan informasi apa pun yang dapat memengaruhi proses Klaim saya. Saya menyetujui Kuesioner ini akan menjadi bagian dari dokumen persyaratan Klaim saya pada PT Prudential Sharia Life Assurance dan bahwa pemberian informasi apa pun yang tidak benar dan/atau tidak lengkap, meskipun dilakukan dengan itikad baik, dapat mengakibatkan pembatalan atas penjaminan Klaim saya atau penolakan atas Klaim saya serta PT Prudential Sharia Life Assurance berhak melakukan peninjauan Polis sesuai syarat dan ketentuan Polis, apabila ditemukan informasi yang tidak lengkap/tidak benar sebelum Polis terbit/Pemulihan Polis/Perubahan Polis Mayor.

I hereby declare that my answers and statements in this Questionnaire are complete and true. I have not withheld any information that may affect of my claim process. I agree that this Questionnaire will constitute as an integral and inseparable part of my supporting document for claim with PT Prudential Sharia Life Assurance, and providing any information that is not true and/or incomplete although undertaken in good faith that may affect on cancellation of cashless of my claim or rejection of my claim, and PT Prudential Sharia Life Assurance has the right to review my Policy according to Policy terms and conditions if there is any non-disclosure data before Policy issuance/Reinstatement process//Major alteration.

Mohon ditandatangani sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan/Please sign consistently to the attached identity card.

Dinyatakan di: _____
Signed in

Tanggal: - - (tgl/bln/thn)
on (dd/mm/yyyy)

Tanda Tangan Pemegang Polis sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan
Signature of Policy Holder as per attached ID Card

Tanda Tangan Peserta (Yang Diasuransikan)*, jika berbeda dengan Pemegang Polis, sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan/*Signature of Life Assured/Participant*, if different from Policy Holder, as per attached ID Card*

*) Jika berusia di bawah 21 tahun, mohon Orang Tua Peserta (Yang Diasuransikan) dapat menandatangani dan melampirkan kartu identitas diri/
If aged below 21 years old, parent of Life Assured/Participant needs to sign and attach ID Card.

Catatan: Segala risiko yang timbul akibat ditandatanganinya kuesioner ini dalam keadaan kosong menjadi tanggung jawab Pemegang Polis dan apabila terdapat hal yang ingin ditanyakan, dapat menghubungi Tenaga Pemasar atau Customer and Sales Force Services kami setiap hari kerja dari pukul 07.00 WIB hingga pukul 19.00 WIB di nomor telepon 1500577.

Note: All risks that arise by signing this questionnaire in blank will be the Policy Holder's responsibility and if there is any question, please contact our Sales Representative or Customer and Sales Force Services every weekday from 07.00 am until 19.00 pm at 1500577 (phone number).