



15012104

Formulir

CLAIM – 09

KUESIONER GANGGUAN SALURAN CERN DIGESTIVE 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. Diagnosa Dokter:

Doctor's diagnose:

☐ **Maag/Gastritis**☐ Infeksi usus/*Colon and intestinal infection*

☐ Lainnya, sebutkan: / *Others, please state:*

b. Apa penyebab penyakit ini timbul dan gejala yang dirasakan?

What causes this disease and symptoms arise?

c. Nama Dokter yang mendiagnosa, Nama Rumah Sakit/Klinik beserta alamat:

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

d. Pengobatan yang diberikan:

Treatment given:

1. Saat ini/*Currently:*

☐ *Tablet:*

Dosis:/Dosage:

☐ Lainnya, sebutkan:

Others, please state:

II. Dahulu:*In the past:*

☐ *Tablet:*

Dosis:/Dosage:

☐ Lainnya, sebutkan:

Others, please state:

e. Apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit sehubungan dengan gangguan ini?

Have you ever been admitted to hospital with this condition?

☐ Ya/Yes

- Sejak kapan dan berapa lama hari rawat?/Since when and how long the day for inpatient?:

- Nama Dokter/Rumah Sakit/
beserta alamat: */The doctor's/
hospital's name and address:*

- Lainnya, jelaskan:
Others, provide details:

f. Apakah Anda dioperasi atau disarankan untuk dioperasi untuk gangguan ini?/Have you had an operation for this condition or is an operation being considered?

☐ Tidak/*No*☐ Ya/Yes

Sejak kapan?/Since when:

*Peserta (Yang Diasuransikan) dapat mencakup Peserta dan Peserta Yang Diasuransikan

No. Polis

Policy No.:

--	--	--	--	--	--	--	--



15012104

- Nama Dokter/Rumah Sakit/
beserta alamat: /The doctor's/
hospital's name and address:

--

- Lainnya, jelaskan:
Others, provide details:

--

☐ Tidak/No

g. Apakah Anda pernah tidak masuk kerja karena gangguan ini?
Have you lost any time off work because of this condition?

☐ Ya/Yes

- Kapan?/When?

- Jelaskan:

Provide details:

☐ Tidak/No

2. Pernahkah Anda menjalani pemeriksaan sebagai berikut: /Have you ever checked up the following:

Jenis Pemeriksaan Type of examination	Ya Yes	Tidak No	Tanggal Date	Hasil Result	Hasil Terlampir/Attached Result	
					Ya/Yes	Tidak/No
a. Endoskopi Endoscopy						
b. USG Abdomen Abdominal USG						
c. Barium Meal						
d. Lainnya, sebutkan: Others, please state:						
-						
-						

3. Mohon sebutkan bila ada informasi lain yang mungkin dapat
membantu proses pengajuan Klaim ini:

Please provide any additional information that you feel will be
helpful 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.

No. Polis
Policy No.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



15012104

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).nd