

PT Prudential Sharia Life Assurance (Prudential Syariah) berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

KUESIONER KLAIM - ASMA (*ASTHMA*)/SESAK NAPAS

* Dalam hal Peserta (Yang Diasuransikan) tidak sama dengan Pemegang Polis, Kuesioner dapat diisi oleh Peserta (Yang Diasuransikan)/Pemegang Polis.
 * Untuk pengajuan Klaim Meninggal Dunia, kuesioner diisi oleh Penerima Manfaat Polis dengan melampirkan fotokopi KTP/identitas lainnya yang berlaku.

No. Polis :

Nama Peserta (Yang Diasuransikan) :

1. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) memiliki riwayat penyakit Asma (sesak akibat peradangan dan penyempitan pada saluran napas) atau gejala sesak napas?

- Ya
- Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan sejak usia berapa menderita penyakit Asma (sesak akibat peradangan dan penyempitan pada saluran napas) atau gejala sesak napas?

Usia menderita gangguan asma.....
 Sejak (tgl/bln/thn).....

2. Mohon jelaskan keluhan yang dirasakan pada waktu serangan timbul :

.....

3. Apakah penyakit Peserta (Yang Diasuransikan) tersebut pernah dikonsulkan ke Dokter?

- Ya
- Tidak

Jika YA, kapan?(tgl/bln/thn)
 Sebutkan nama Rumah Sakit
 Sebutkan nama Dokter

4. Dalam 2 (dua) tahun terakhir ini, berapa kali Peserta (Yang Diasuransikan) mendapat serangan dan berapa lama? kali, jam/menit/detik

5. Kapan terakhir kali Peserta (Yang Diasuransikan) mengalami serangan Asma (sesak akibat peradangan dan penyempitan pada saluran napas)?.....(tgl/bln/thn)

PT Prudential Sharia Life Assurance (Prudential Syariah) berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

6. Pemeriksaan apa saja yang pernah dilakukan Peserta (Yang Diasuransikan) sehubungan dengan gejala/penyakit tersebut?

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Tanggal Pemeriksaan

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

7. Mohon sebutkan obat-obatan yang diberikan oleh Dokter kepada Peserta (Yang Diasuransikan).

Nama Obat	Dosis yang diberikan	Tanggal diberikan

8. Mohon tuliskan nama dan alamat Dokter keluarga (langganan)/Rumah Sakit lain yang pernah dikunjungi oleh Peserta (Yang Diasuransikan):

Nama Dokter/ Rumah Sakit	Alamat	Telepon	Diagnosis yang ditegakkan

Pernyataan Pemegang Polis, Peserta (Yang Diasuransikan), dan/atau Penerima Manfaat

Dengan ini Pemegang Polis, Peserta (Yang Diasuransikan), 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)

PT Prudential Sharia Life Assurance (Prudential Syariah) berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

yang berbeda, dan/atau penagihan kekurangan Kontribusi sebagaimana diatur dalam ketentuan Polis.

Ketahui istilah medis yang ada pada form kuesioner ini, dapat diakses pada <https://www.prudentialsyariah.co.id/id/claims-support/glossary/>

.....
(Tempat dan Tanggal)

.....
(Nama dan Tanda Tangan
Peserta (Yang Diasuransikan)/
Pemegang Polis/Penerima Manfaat)