

## KUESIONER KLAIM –FLEK PARU TUBERKULOSIS (TBC PARU)

- \* 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.

No. Polis : .....

Nama Peserta (Yang Diasuransikan) : .....

1. Sejak kapan pertama kali Peserta (Yang Diasuransikan) merasakan gejala penyakit saat ini?  
.....(tgl/bln/thn)

2. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) mengalami gejala Panas (Demam) yang lama sampai 3 (tiga) minggu?

( ) Ya ( ) Tidak

Jika YA, sejak kapan?.....(tgl/bln/thn)

3. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) mengalami batuk darah?

( ) Ya ( ) Tidak

Jika YA, sejak kapan?.....(tgl/bln/thn)

4. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) mengalami gejala lain selain yang disebutkan di atas?

( ) Ya ( ) Tidak

Jika YA, sejak kapan?.....(tgl/bln/thn)

5. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) pernah berkonsultasi ke Dokter mengenai keluhan tersebut?

( ) Ya ( ) Tidak

Jika YA, kapan? .....(tgl/bln/thn)

Apa diagnosis yang ditegakkan oleh Dokter?

.....

Sebutkan nama Rumah Sakit .....

Sebutkan nama Dokter .....

6. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) mempunyai riwayat penyakit Tuberkulosis (TBC)?

( ) Ya ( ) Tidak

Jika YA, kapan? .....(tgl/bln/thn)

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

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Tanggal Pemeriksaan

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

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

Nama Obat	Dosis yang diberikan	Tanggal diberikan

9. 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) 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)