

KUESIONER KLAIM – KANKER/KANKER IN SITU (KANKER STADIUM AWAL)

- * 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. Sejak kapan Peserta (Yang Diasuransikan) pertama kali merasakan adanya kelainan atau penyakit?.....(tgl/bln/thn)
Bagaimana keluhan/gejalanya?

2. Kapan pertama kali kelainan/penyakit tersebut dikonsultasikan Peserta (Yang Diasuransikan) kepada Dokter?.....(tgl/bln/thn)
Diagnosis apa yang ditegakkan Dokter pada saat itu?.....
Sebutkan nama Rumah Sakit.....
Sebutkan nama Dokter.....

3. 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)

4. Sebutkan terapi yang telah diberikan kepada Peserta (Yang Diasuransikan):
(dapat pilih lebih dari 1)
- Operasi
Nama operasi
Kapan operasi dilakukan?(tgl/bln/thn)
- Kemoterapi
Kapan kemoterapi dilakukan?.....(tgl/bln/thn)

Radioterapi
Kapan radioterapi dilakukan?.....(tgl/bln/thn)

Lain-lain, mohon disebutkan.....
.....

5. 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 Peserta (Yang Diasuransikan) atau Pemegang Polis atau Penerima Manfaat (selanjutnya disebut “Saya”):

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)