

## KUESIONER KLAIM - KECELAKAAN LALU LINTAS (*TRAFFIC ACCIDENT*)

\* 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. Kapan Peserta (Yang Diasuransikan) mengalami kecelakaan?

.....(*tgl/bln/thn*)

2. Mohon jelaskan secara detail kronologis terjadinya kecelakaan tersebut.

.....  
.....  
.....  
.....

3. Mohon berikan tanda silang pada bagian tubuh yang mengalami cedera (bisa lebih dari satu)

a. Kepala/Head

b. Leher/Neck

c. Dada/Chest

d. Perut/Abdominal

e. Anggota gerak atas (kanan kiri/keduanya) / *Upper extremities (right/left/both)*

f. Anggota gerak bawah (kanan kiri/keduanya) / *Lower extremities (right/left/both)*

g. Lainnya/others .....

.....  
.....

4. Jelaskan lokasi yang dimaksud secara rinci :

(contoh: cedera tulang lengan kiri, cedera patah jari kelingking kaki kanan)

.....  
.....  
.....

5. Pernahkah Peserta (Yang Diasuransikan) berkonsultasi ke dokter dan/atau perawatan di Rumah Sakit/Klinik/Balai Pengobatan karena kecelakaan yang anda sebutkan di atas (Ya/Tidak)

.....  
a. Tanggal konsultasi (tanggal/bulan/tahun)

.....  
b. Lama dirawat

.....  
c. Nama Rumah Sakit/Klinik/balai pengobatan

.....  
d. Nama dokter yang merawat

.....  
e. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan (foto rontgen, CT scan, MRI , dan lainnya)

.....  
f. Pengobatan dan/atau tindakan yang diberikan (contoh: obat minum, perawatan luka, jahit luka, dan lainnya)

.....  
g. Bila dioperasi, jelaskan jenis operasinya

.....  
h. Apakah dilakukan pemasangan pen/plate atau implant lainnya?

.....  
i. Apakah sudah dilakukan operasi pengangkatan pen/plate atau implant lainnya ?  
(tanggal/bulan/tahun)

j. Apakah saat ini terdapat gangguan fungsi atau cacat yang sifatnya menetap (kelumpuhan)?

.....  
.....  
.....

k. Mohon jelaskan gangguan fungsi atau kelumpuhan tersebut dan apakah terdapat pada anggota gerak atas, anggota gerak bawah atau panca indera?

.....  
.....  
.....

l. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) saat ini menggunakan tongkat untuk berjalan atau alat bantu lainnya?

.....  
.....  
.....

m. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) pernah tidak masuk kerja karena kondisi ini?

.....  
.....  
.....

6. Apakah kecelakaan ini dilaporkan/ ditangani oleh pihak kepolisian? ( ) Ya ( ) Tidak  
Bila YA, mohon sertakan laporan dari pihak kepolisian.

7. Apabila Peserta (Yang Diasuransikan) sebagai pengemudi saat kecelakaan terjadi, mohon lampirkan fotokopi SIM (Surat Ijin Mengemudi) Peserta (Yang Diasuransikan) yang masih berlaku sesuai jenis kendaraan yang dikendarai.

8. Apabila pada saat kecelakaan Peserta (Yang Diasuransikan) menggunakan kendaraan bermotor roda 2, apakah saat kecelakaan terjadi Peserta (Yang Diasuransikan) menggunakan helm? ( ) Ya ( ) Tidak

9. Apabila pada saat kecelakaan Peserta (Yang Diasuransikan) menggunakan kendaraan bermotor roda 4, apakah saat kecelakaan terjadi Peserta (Yang Diasuransikan) menggunakan sabuk pengaman / seatbelt? ( ) Ya ( ) Tidak

10. Apakah pada saat kecelakaan terjadi Peserta (Yang Diasuransikan) dalam pengaruh narkotika, alkohol, atau obat selain digunakan sebagai obat menurut resep yang dikeluarkan oleh dokter? ( ) Ya, jenis obat yang dikonsumsi ..... ( ) Tidak

### 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 tandatangan  
Peserta (Yang Diasuransikan)/  
Pemegang Polis/ Penerima Manfaat)