

KUESIONER KLAIM - KENCING MANIS (DIABETES MELITUS)

* 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. Kapan Peserta (Yang Diasuransikan) pertama kali didiagnosa oleh Dokter menderita Kencing Manis (Diabetes Melitus)?.....(tgl/bln/thn)

2. Tipe Diabetes Melitus yang dialami Peserta (Yang Diasuransikan)?

- Tipe 1
- Tipe 2

3. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) meminum obat?

- Ya
- Tidak

Jika "Ya", mohon tuliskan nama obat dan dosis

 Sejak kapan konsumsi obat tersebut?.....(tgl/bln/thn)

4. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) menggunakan insulin?

- Ya
- Tidak

Jika "Ya", mohon tuliskan nama insulin dan dosis

5. Mengenai pemantauan kondisi Peserta (Yang Diasuransikan):
 a. Mohon sebutkan nama dan alamat Dokter/Rumah Sakit tempat Peserta (Yang Diasuransikan) berobat.

.....

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

- b. Seberapa sering Dokter menyarankan Peserta (Yang Diasuransikan) untuk memeriksakan Gula Darah?
- 1 (satu) kali per Bulan
 - Lebih dari 1 (satu) kali per bulan
 - Lainnya, sebutkan

c. Kapan Peserta (Yang Diasuransikan) terakhir berkonsultasi dengan Dokter?
(tgl/bln/thn)

d. Berapa kali Peserta (Yang Diasuransikan) melakukan pemeriksaan gula darah atau urine dalam 2 tahun terakhir?.....

e. Mohon tuliskan hasil pemeriksaan terakhir Peserta (Yang Diasuransikan) beserta tanggal pemeriksaan :

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Tanggal Pemeriksaan
Gula darah puasa		
Gula darah 2 jam setelah makan		
Gula darah air seni/urine		
HbA1C		
Elektrokardiografi (EKG)		
Rontgen Dada		
Lainnya, sebutkan:		

- f. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) pernah mengalami koma diabetik?
- Ya
 - Tidak
- Jika "Ya",
 Kapan Peserta (Yang Diasuransikan) dirawat di Rumah Sakit?..... (tgl/bln/thn)
 Nama Rumah Sakit tempat Peserta (Yang Diasuransikan) dirawat.....

5. Pernahkah Peserta (Yang Diasuransikan) mengalami kejadian berikut ini?

Gangguan	Ya	Tidak	Jika YA, tuliskan detailnya termasuk kapan dan tempat perawatan
Penglihatan			
Tekanan darah tinggi			
Peredaran darah atau jantung			

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

Albumin atau protein di air seni/urine			
Kesemutan pada kaki atau tungkai			
Ginjal			
Gangrene/Luka membusuk yang tak kunjung sembuh			
Lainnya, sebutkan:			

6. 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)

7. 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

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

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)