

KUESIONER KLAIM – PENONJOLAN TULANG BELAKANG (*HERNIA NUCLEUS PULPOSUS/HNP*)

- * 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 Peserta (Yang Diasuransikan) merasakan gangguan nyeri pada punggung/ tulang belakang?

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

2. Berapa kali dalam 2 (dua) tahun terakhir Peserta (Yang Diasuransikan) mengalami gangguan nyeri pada punggung/ tulang belakang?

.....

3. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) pernah mengalami trauma/ cedera pada punggung/ tulang belakang?

() Ya () Tidak

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

a. Apakah terjadi penurunan mobilitas?

b. Apakah terjadi hambatan untuk melakukan aktivitas harian?

c. Apakah anda memakai kursi roda atau di tempat tidur saja?

d. Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/ dilakukan?

Jika TIDAK, mohon sebutkan penyebab nyeri pada punggung/ tulang belakang tersebut?

.....

e. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) telah disarankan untuk atau sudah dilakukan penggantian sendi/ pemasangan pen/plat atau operasi untuk kondisi ini?

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

4. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) pernah dirawat di rumah sakit sehubungan dengan gangguan nyeri pada punggung/ tulang belakang?

() Ya () Tidak

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

Apa Diagnosis yang ditegakkan oleh Dokter saat itu?

.....

Sebutkan nama Rumah Sakit tempat Peserta (Yang Diasuransikan) dirawat

.....

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

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Tanggal Pemeriksaan
1. MRI Scan (<i>Magnetic Resonance Imaging Scan</i>)		
2. CT scan		
3. Lainnya, sebutkan: ----- ----- -----		

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

6. 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)