

KUESIONER KLAIM – PENYAKIT JANTUNG

- * 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. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) pernah menderita nyeri dada?

() Ya () Tidak

Jika YA :

a. Bagaimana sifat nyeri dada Peserta (Yang Diasuransikan)?

() Sangat hebat () Seperti diremas () Samar-samar/ tidak nyaman
() Tajam () Seperti ditusuk-tusuk () Lainnya, sebutkan
() Tumpul

b. Dimana lokasi dari nyeri tersebut?

() Tengah dada () Di sisi kiri
() Di sisi kanan () Di bagian lain dari dada, sebutkan

c. Apakah nyeri dada tersebut menjalar :

() ke bahu () ke punggung () ke perut
() ke rahang () ke lengan () dll, sebutkan

d. Kapan Peserta (Yang Diasuransikan) pertama kali mengalami keluhan/ gejala tersebut?

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

e. Kapan terakhir kali Peserta (Yang Diasuransikan) mengalami keluhan/ gejala tersebut?

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

2. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) pernah berkonsultasi ke Dokter sehubungan dengan keluhan tersebut?

() Ya () Tidak

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

Apa diagnosis yang ditegakkan oleh Dokter?.....

Sebutkan nama Rumah Sakit

Sebutkan nama Dokter

Tanggal konsultasi terakhir? (dd/mm/yy).....

3. Apakah ada obat yang diberikan Dokter kepada Peserta (Yang Diasuransikan) untuk penyakit tersebut?

() Ya () Tidak

Jika YA, mohon sebutkan obat-obatan yang diberikan oleh Dokter.

Nama Obat	Dosis yang diberikan	Tanggal diberikan

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

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Tanggal Pemeriksaan
1. Laboratorium :
- Enzim jantung
(CK/Kreatine Kinase,
CKMB/Kreatinin Kinase-MB,
Troponin)
2. EKG (Elektrokardiografi)
3. <i>Echocardiography</i>
4. Rontgen dada
5. Treadmill
6. CT Scan Jantung/ <i>CT</i>		
<i>Angiography</i>		
7. Lain-lain sebutkan:		
.....		

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

5. Apakah pernah dilakukan operasi pada diri Peserta (Yang Diasuransikan) untuk penyakit tersebut?

() Ya () Tidak

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

Jenis tindakan operasi yang dilakukan

6. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) pernah melakukan perawatan (Rawat Inap/ Rawat Jalan) sehubungan dengan penyakit tersebut?

() Ya () Tidak

Jika YA, mohon melengkapi tabel berikut :

Tanggal Perawatan	Nama Dokter/ Rumah Sakit	Alamat/ Telepon	Diagnosis yang ditegakkan

7. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) menjalani pengobatan dan kontrol ke dokter secara teratur sehubungan dengan penyakit tersebut?
Bila Iya, harap memberikan tanggal kontrol selama 1 (satu) tahun terakhir dan tindakan serta pengobatan apa yang diberikan

8. Apakah ada data anggota keluarga yang mengalami kondisi penyakit jantung ?

Jika Iya:

a. Nama:

Hubungan dengan Peserta (Yang Diasuransikan):

Pada usia berapa terdiagnosa penyakit jantung:

Sejak kapan terdiagnosa penyakit jantung: Tanggal.....Bulan.....Tahun.....

b. Nama:

Hubungan dengan Peserta (Yang Diasuransikan):

Pada usia berapa terdiagnosa penyakit jantung:

Sejak kapan terdiagnosa penyakit jantung: Tanggal.....Bulan.....Tahun.....

- c. Nama:
Hubungan dengan Peserta (Yang Diasuransikan):
Pada usia berapa terdiagnosa penyakit jantung:
Sejak kapan terdiagnosa penyakit jantung: Tanggal.....Bulan.....Tahun.....
- d. Nama:
Hubungan dengan Peserta (Yang Diasuransikan):
Pada usia berapa terdiagnosa penyakit jantung:
Sejak kapan terdiagnosa penyakit jantung: Tanggal.....Bulan.....Tahun.....

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)