

KUESIONER KLAIM - RADANG HATI (HEPATITIS)

* 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 didiagnosis penyakit Hepatitis/ Radang Hati?

() Ya () Tidak

Jika YA :

a. Bagaimana gejalanya?

.....
.....

b. Kapan pertama kali Peserta (Yang Diasuransikan) merasakan gejala tersebut?

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

c. Berapa kali dalam 2 (dua) tahun terakhir Peserta (Yang Diasuransikan) mengalami gejala tersebut?

.....

2. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) pernah berkonsultasi ke dokter mengenai penyakit tersebut?

() Ya () Tidak

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

Sebutkan nama Rumah Sakit

Sebutkan nama Dokter

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

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

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

() Ya () Tidak

Jika YA, mohon sebutkan :

Tanggal Perawatan	Nama Rumah Sakit	Nama Dokter yang merawat	Alamat/ No. Telepon	Diagnosis yang ditegakkan

6. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan Peserta (Yang Diasuransikan) yang berhubungan dengan alkohol dan obat terlarang
Sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari

7. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) sedang / pernah mengalami kondisi dimana tes fungsi hati meningkat?

--> Jika iya,

- a. Yang meningkat SGOT/AST (*Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase/Aspartate Aminotransferase*) saja, sebutkan nilainya, dan kapan?

- b. Yang meningkat SGPT/ALT (*Serum Glutamic Pyruvic Transaminase/Alanin Aminotransferase*) saja, sebutkan nilainya, dan kapan?

- c. Yang meningkat GGT (*Gamma Glutamyl Transferase*) saja, sebutkan nilainya dan kapan?

- d. Yang meningkat SGOT dan SGPT saja, sebutkan nilainya dan kapan?

- e. Yang meningkat SGOT atau SGPT dan GGT, sebutkan nilainya dan kapan?

- f. Yang meningkat SGOT, SGPT dan GGT, sebutkan nilainya dan kapan?

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)