

KUESIONER KLAIM – SEMUA JENIS SAKIT KEPALA

* 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 KTP/identitas lainnya yang berlaku.

No. Polis :

Nama Peserta (Yang Diasuransikan) :

1. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) pernah didiagnosa:

- Gangguan syaraf (contoh: tumor otak)
- Penyakit pembuluh darah (contoh: hipertensi)
- Gangguan pada sinus (contoh: sinusitis)
- Gangguan fungsi mata (contoh: kelainan refraksi mata)
- Cedera kepala
- Gangguan mental

- Ya
 Tidak

Jika “Ya”, mohon jelaskan:

2. Jenis sakit kepala apa yang pernah Peserta (Yang Diasuransikan) derita?

- Pusing
- Migrain (sakit kepala sebelah)
- Vertigo (sakit kepala berputar)
- Tension headache* (sakit kepala berat)
- Cluster headache* (sakit kepala sebagian)
- Lainnya, sebutkan:.....

.....

3. Kapan pertama kali Peserta (Yang Diasuransikan) mengalami gejala tersebut?

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

4. Berapa sering Peserta (Yang Diasuransikan) mengalami keluhan tersebut?

- 1 – 2 kali per bulan
- 3 – 4 kali per bulan
- Lebih dari 4 kali per bulan

5. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) pernah berkonsultasi mengenai keluhan tersebut ke Dokter?

- Ya

Tidak

Jika “Ya”, mohon sebutkan:

- Nama Dokter:
- Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik:

- Tanggal konsultasi terakhir:(tgl/bln/thn)
- Diagnosa:

6. Pengobatan yang diberikan dan dosis?

- a. Nama obat/suntikan:
- b. Dosis:

7. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) pernah tidak masuk kerja dalam 2 (dua) tahun terakhir karena kondisi ini?

Ya
 Tidak

Jika “Ya”, mohon jelaskan

8. Pernahkah Peserta (Yang Diasuransikan) menjalani pemeriksaan sebagai berikut:

Jenis pemeriksaan	Ya	Tidak	Hasil	Hasil Terlampir	
				Ya	Tidak
a. CT Scan					
b. MRI					
c. Rontgen					
d. Lainnya, sebutkan:					

9. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) pernah melakukan perawatan di Rumah Sakit atas kondisi ini?

Ya
 Tidak

Jika “Ya”, mohon sebutkan:

- Tanggal perawatan:(tgl/bln/thn)
- Lama di Rumah Sakit:
- Nama Rumah Sakit:
- Nama Dokter yang merawat:
- Tindakan medis yang diberikan:
- Hasil perawatan:

10. Mohon sebutkan apabila ada informasi lain yang mungkin dapat membantu proses pengajuan Klaim ini:

.....

.....

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)