

KUESIONER KLAIM - PENONJOLAN SARAF TULANG BELAKANG (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.
- * Peserta (Yang Diasuransikan) dapat mencakup Peserta dan Peserta Yang Diasuransikan.

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)

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

.....

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

(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 Peserta (Yang Diasuransikan) atau Pemegang Polis atau Penerima Manfaat

Peserta (Yang Diasuransikan) atau Pemegang Polis atau Penerima Manfaat (selanjutnya disebut “Saya”) menyatakan bahwa:

1. Semua keterangan yang diberikan dalam Kuesioner ini telah Saya berikan dengan jelas, benar dan jujur. Tidak ada keterangan maupun hal-hal lainnya yang Saya sembunyikan yang dapat mempengaruhi proses klaim.
2. Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya Kuesioner ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya.

.....
(tempat dan tanggal)

.....
(nama dan tanda tangan Peserta
(Yang Diasuransikan) / Pemegang
Polis / Penerima Manfaat)