

## KUESIONER KLAIM - OPERASI

- \* Dalam hal Peserta (Yang Disuransikan) 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. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) pernah menjalani operasi?

Ya       Tidak

Jika YA, mohon melengkapi tabel berikut :

Diagnosis	Jenis Tindakan Operasi	Tanggal Operasi	Nama Rumah Sakit/ Dokter	Alamat/Telepon

2. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) pernah konsultasi kepada Dokter sebelum menjalani perawatan saat ini?

Ya       Tidak

Jika YA, mohon melengkapi tabel berikut :

Nama Dokter/Rumah Sakit	Alamat	Telepon	Diagnosis yang ditegakkan

3. Apakah ada pemeriksaan yang dilakukan sehubungan dengan tindakan operasi tersebut?

( ) Ya                            ( ) Tidak

Jika YA, mohon melengkapi tabel berikut :

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Tanggal Pemeriksaan

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

**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 tandatangan Peserta (Yang Diasuransikan) / Pemegang Polis / Penerima Manfaat)