



KUESIONER KLAIM - KANKER (CANCER)

* Dalam hal Tertanggung tidak sama dengan Pemegang Polis, kuesioner dapat diisi oleh Tertanggung/
Pemegang Polis.
* Untuk pengajuan klaim meninggal dunia, kuesioner diisi oleh penerima manfaat polis dengan melampirkan
fotokopi KTP/ identitas lainnya.

No. Polis :

Nama Tertanggung :

1. Sejak kapan Tertanggung pertama kali merasakan adanya kelainan atau penyakit?

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

Bagaimana gejalanya?

.....
.....
.....

2. Kapan pertama kali kelainan/ penyakit tersebut dikonsultasikan Tertanggung kepada Dokter?

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

Diagnosis apa yang ditegakkan Dokter pada saat itu?

Nama Rumah Sakit dan Dokter yang merawat

3. Pemeriksaan apa saja yang pernah dilakukan Tertanggung sehubungan dengan gejala/
kelainan tersebut?

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Tanggal Pemeriksaan

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

4. Sebutkan terapi yang telah diberikan oleh Dokter kepada Tertanggung.

a. Apakah ada tindakan operasi?

() Ya () Tidak

Mohon sebutkan nama operasinya.....

Kapan operasi dilakukan?(tgl/bln/thn)

b. Apakah ada tindakan Kemoterapi?

() Ya () Tidak

Jika YA, kapan tindakan Kemoterapi dilakukan?(tgl/bln/thn)

c. Apakah ada tindakan Radioterapi?

() Ya () Tidak

Jika YA, kapan tindakan Radioterapi dilakukan?(tgl/bln/thn)

d. Lain-lain, harap disebutkan

5. Mohon tuliskan nama dan alamat Dokter keluarga (langganan)/ Rumah Sakit lain yang pernah dikunjungi oleh Tertanggung:

Nama Dokter/ Rumah Sakit	Alamat	Telepon	Diagnosis yang ditegakkan

Pernyataan Tertanggung atau Pemegang Polis atau Penerima Manfaat

Tertanggung 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 Tertanggung/
Pemegang Polis/ Penerima Manfaat)