



PT Prudential Life Assurance
 Prudential Tower
 Jl. Jend. Sudirman Kav. 79, Jakarta 12910
 Customer Care: 15000857 customer.idn@prudential.co.id
 www.prudential.co.id

PT Prudential Life Assurance terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

No. Polis

Policy No.:

--	--	--	--	--	--	--	--



15012104

Formulir
CLAIM – 09

KUESIONER GANGGUAN SALURAN CERNA

DIGESTIVE DISORDERS QUESTIONNAIRE

**UNTUK DIISI OLEH TERTANGGUNG/PESERTA ATAU ORANG TUA TERTANGGUNG/PESERTA
(APABILA TERTANGGUNG/PESERTA BERUSIA DI BAWAH 21 TAHUN)/**

TO BE COMPLETED BY LIFE ASSURED/PARTICIPANT OR BY PARENT (IF LIFE ASSURED/ PARTICIPANT IS UNDER 21 YEARS OLD)

Isilah dengan menggunakan TINTA WARNA HITAM, HURUF CETAH dan TULISAN TIDAK KELUAR DARI KOTAK, jelas dan memberi tanda √ pada kotak jawaban yang sesuai. Kuesioner yang tidak diisi dengan lengkap tidak dapat diproses. *Fill by using BLACK INK, CAPITAL LETTERS and WITHIN THE BOX PROVIDED, write clearly and check (√) the appropriate box. Incomplete questionnaire will not be processed.*

Nama Pemegang Polis: / Name of Policy Holder:

--

Nama Tertanggung/Peserta:

Name of Life Assured/Participant

--

1. Lengkapi pertanyaan berikut ini: / Please complete the following questions:

a. Diagnosa Dokter:

Doctor's diagnose:

Maag/Gastritis

Infeksi usus/Colon and intestinal infection

Lainnya, sebutkan: / Others, please state:

b. Apa penyebab penyakit ini timbul dan gejala yang dirasakan?

What causes this disease and symptoms arise?

c. Nama Dokter yang mendiagnosa, Nama Rumah Sakit/Klinik beserta alamat:

Name of the doctor who stated diagnose/hospital's/clinic's name and address:

d. Pengobatan yang diberikan:

Treatment given:

I. Saat ini: / Currently:

Tablet:

--

Dosis: / Dosage:

--

Lainnya, sebutkan:

Others, please state:

--

II. Dahulu: / In the past:

Tablet:

--

Dosis: / Dosage:

--

Lainnya, sebutkan:

Others, please state:

--

e. Apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit sehubungan dengan gangguan ini?

Have you ever been admitted to hospital with this condition?

Ya/Yes

- Sejak kapan dan berapa lama hari rawat? / Since when and how long the day for inpatient?:

--

- Nama Dokter/Rumah Sakit/ beserta alamat: / The doctor's/ hospital's name and address:

--

- Lainnya, jelaskan: / Others, provide details:

--

Tidak/No

Ya/Yes

f. Apakah Anda dioperasi atau disarankan untuk dioperasi untuk gangguan ini? / Have you had an operation for this condition or is an operation being considered?

Sejak kapan? / Since when:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



PT Prudential Life Assurance
 Prudential Tower
 Jl. Jend. Sudirman Kav. 79, Jakarta 12910
 Customer Care: 15000857 customer.idn@prudential.co.id
 www.prudential.co.id

PT Prudential Life Assurance terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

No. Polis

Policy No.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



15012104

- Nama Dokter/Rumah Sakit/
 beserta alamat: /The doctor's/
 hospital's name and address:

--

- Lainnya, jelaskan:
 Others, provide details:

--

Tidak/No

g. Apakah Anda pernah tidak masuk kerja karena gangguan ini?
 Have you lost any time off work because of this condition?

Ya/Yes

- Kapan?/When?

--

- Jelaskan:
 Provide details:

--

Tidak/No

2. Pernahkah Anda menjalani pemeriksaan sebagai berikut: /Have you ever checked up the following:

Jenis Pemeriksaan Type of examination	Ya Yes	Tidak No	Tanggal Date	Hasil Result	Hasil Terlampir/Attached Result	
					Ya/Yes	Tidak/No
a. Endoskopi Endoscopy						
b. USG Abdomen Abdominal USG						
c. Barium Meal						
d. Lainnya, sebutkan: Others, please state: - -						

3. Mohon sebutkan bila ada informasi lain yang mungkin dapat membantu proses pengajuan Klaim ini:

Please provide any additional information that you feel will be helpful in processing your claim

--

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah memberikan jawaban dan keterangan dalam Kuesioner ini secara lengkap dan benar. Saya tidak menyembunyikan informasi apa pun yang dapat memengaruhi proses Klaim saya. Saya menyetujui Kuesioner ini akan menjadi bagian dari dokumen persyaratan Klaim saya pada PT Prudential Life Assurance dan bahwa pemberian informasi apa pun yang tidak benar dan/atau tidak lengkap, meskipun dilakukan dengan itikad baik, dapat mengakibatkan pembatalan atas penjaminan Klaim saya atau penolakan atas Klaim saya serta PT Prudential Life Assurance berhak melakukan peninjauan Polis sesuai syarat dan ketentuan Polis, apabila ditemukan informasi yang tidak lengkap/tidak benar sebelum Polis terbit/Pemulihan Polis/Perubahan Polis Mayor.

I hereby declare that my answers and statements in this Questionnaire are complete and true. I have not withheld any information that may affect of my claim process. I agree that this Questionnaire will constitute as an integral and inseparable part of my supporting document for claim with PT Prudential Life Assurance, and providing any information that is not true and/or incomplete although undertaken in good faith that may affect on cancellation of cashless of my claim or rejection of my claim, and PT Prudential Life Assurance has the right to review my Policy according to Policy terms and conditions if there is any non-disclosure data before Policy issuance/Reinstatement process/Major alteration.



PT Prudential Life Assurance
Prudential Tower
Jl. Jend. Sudirman Kav. 79, Jakarta 12910
Customer Care: 1500085/ customer.idn@prudential.co.id
www.prudential.co.id

PT Prudential Life Assurance terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

No. Polis
Policy No.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



15012104

Mohon ditandatangani sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan/*Please sign consistently to the attached identity card.*

Dinyatakan di: _____
Signed in

Tanggal: [] [] - [] [] - [] [] [] [] (tgl/bln/thn)
on (dd/mm/yyyy)

Tanda Tangan Pemegang Polis
sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan
Signature of Policy Holder as per attached ID Card

Tanda Tangan Tertanggung/Peserta*), jika berbeda dengan Pemegang
Polis, sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan/
Signature of Life Assured/Participant, if different from Policy Holder,
as per attached ID Card*

--

--

*) Jika berusia di bawah 21 tahun, mohon Orang Tua Tertanggung/Peserta dapat menandatangani dan melampirkan kartu identitas diri./
If aged below 21 years old, parent of Life Assured/Participant needs to sign and attach ID Card.

Catatan: Segala risiko yang timbul akibat ditandatanganinya kuesioner ini dalam keadaan kosong menjadi tanggung jawab Pemegang Polis dan apabila terdapat hal yang ingin ditanyakan, dapat menghubungi Tenaga Pemasar atau *Customer Relation Officer* kami setiap hari kerja dari pukul 07.00 WIB hingga pukul 19.00 WIB di nomor telepon 1500085.
Note: All risks that arise by signing this questionnaire in blank will be the Policy Holder's responsibility and if there is any question, please contact our Sales Representative or Customer Relations Officer every weekday from 07.00 am until 19.00 pm at 1500085 (phone number).