



## KUESIONER KLAIM - GINJAL DAN SALURAN KEMIH

- \* 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 pertama kali Tertanggung menderita gangguan pada Ginjal dan atau Saluran Kemih?

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

2. Apakah Tertanggung pernah berkonsultasi ke Dokter untuk kelainan tersebut sebelum menjalani perawatan pada saat ini?

( ) Ya ( ) Tidak

Jika YA, kapan? .....(tgl/bln/thn)

Diagnosa apa yang ditegakkan oleh Dokter pada saat itu? .....

Nama Rumah Sakit/ Dokter .....

3. Pemeriksaan apa saja yang pernah dilakukan atas diri Tertanggung sehubungan dengan gejala/ penyakit tersebut?

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Tanggal Pemeriksaan

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

4. Dalam 12 (dua belas) bulan terakhir, berapa kali Tertanggung mengalami keluhan berkaitan dengan penyakit ginjal dan saluran kemih?

..... kali, jenis keluhannya berupa .....

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)