



KUESIONER KLAIM - RADANG HATI (HEPATITIS)

- * 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. Apakah Tertanggung pernah didiagnosis penyakit Hepatitis/ Radang Hati?

() Ya () Tidak

Jika YA :

a. Bagaimana gejalanya?

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

b. Kapan pertama kali Tertanggung merasakan gejala tersebut?

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

c. Berapa kali dalam 2 (dua) tahun terakhir Tertanggung mengalami gejala tersebut?

.....

2. Apakah Tertanggung pernah berkonsultasi ke dokter mengenai penyakit tersebut?

() Ya () Tidak

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

Sebutkan nama Rumah Sakit

Sebutkan nama Dokter

3. Apakah ada obat yang diberikan Dokter kepada Tertanggung untuk penyakit tersebut?

() Ya () Tidak

Jika YA, mohon sebutkan obat-obatan yang diberikan oleh Dokter.

Nama Obat	Dosis yang diberikan	Tanggal diberikan

4. 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)

5. Apakah Tertanggung pernah melakukan perawatan (Rawat Inap/ Rawat Jalan) sehubungan dengan penyakit tersebut?

Ya Tidak

Jika YA, mohon sebutkan :

Tanggal Perawatan	Nama Rumah Sakit	Nama Dokter yang merawat	Alamat/ No. 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)