



KUESIONER KLAIM - PENONJOLAN SARAF TULANG BELAKANG (HNP)

- * 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 merasakan gangguan nyeri pada punggung/ tulang belakang?

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

2. Berapa kali dalam 2 (dua) tahun terakhir Tertanggung mengalami gangguan nyeri pada punggung/ tulang belakang?

.....

3. Apakah Tertanggung pernah mengalami trauma/ cedera pada punggung/ tulang belakang?

() Ya () Tidak

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

Jika TIDAK, mohon sebutkan penyebab nyeri pada punggung/ tulang belakang tersebut?

.....

4. Apakah Tertanggung pernah dirawat di rumah sakit sehubungan dengan gangguan nyeri pada punggung/ tulang belakang?

() Ya () Tidak

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

Apa Diagnosis yang ditegakkan oleh Dokter saat itu?

.....

Sebutkan nama Rumah Sakit tempat Tertanggung dirawat

5. 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)

6. 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)