



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



15012109

Formulir
CLAIM – 04

KUESIONER KELAINAN KELENJAR GONDOK
THYROID 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 CETAK 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. Kapan pertama kali Anda mendapatkan gangguan pada kelenjar gondok Anda? / When did first experience problem to your thyroid?

2. Apakah ada gangguan pada: / Is there any disorder for:
 a. Mata / Eye Ya / Yes Tidak / No
 b. Jantung / Heart Ya / Yes Tidak / No

Jika YA, mohon jelaskan.
 If YES, please provide details

3. Apa diagnosa Dokter untuk gangguan kelenjar gondok Anda?
 What is your Doctor's diagnosis for your thyroid disorder?

4. Mengenai pengobatan Anda: / Regarding your treatment:
 a. Apakah Anda meminum obat? / Do you take any medicine? Ya / Yes Tidak / No

Jika YA, mohon berikan nama obat dan dosis:
 If YES, please state name of medicine and dosage:

b. Kapan mulai dilakukan? / When did the medication start?

c. Apakah saat ini Anda masih dalam pengobatan?
 Are you currently still under medication? Ya / Yes Tidak / No

Jika TIDAK: / If No
 Kapan pengobatan dihentikan? / When was it stopped?

Mengapa pengobatan dihentikan?
 Why was it stopped?

d. Jika ada pengobatan lainnya, mohon jelaskan:
 If there is any other medication, please provide details:

5. Adakah pemeriksaan untuk gangguan kelenjar gondok yang telah Anda lakukan? / Has there been any diagnosis in relation to your thyroid?
 Ya / Yes Tidak / No

Jika YA, tuliskan hasil tanggal tes terakhir dan pinjam fotokopi hasilnya (jika ada)
 If YES, please state latest test result dates and submit a copy of the result (if any)

Jenis Tes Type of test	Hasil Result	Tanggal tes (tgl/bln/thn) Date of test (dd/mm/yyyy)
T3	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
T4	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Jenis Tes Type of test	Hasil Result	Tanggal tes (tgl/bln/thn) Date of test (dd/mm/yyyy)
TSH	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Biopsi/ Biopsy	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>



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



15012109

Scan/MRI - -
 EKG/ECG - -
 Lainnya:
 Others: - -

(Mohon lampirkan hasil pemeriksaan)/(Please attach test result)

6. Apakah telah dilakukan operasi pada kelenjar gondok Anda? Ya/Yes Tidak/No
 Have you had surgery on your thyroid?

Jika YA, mohon tuliskan:/If YES, please complete:

a. Tanggal operasi:/Date of surgery: - - (tgl/bln/thn)/(dd/mm/yyyy)
 b. Lama di Rumah Sakit:/Period of admittance: Hari/Day
 c. Nama Rumah Sakit:/Name of hospital:
 d. Nama Dokter Spesialis yang merawat:
 Name of treating doctor:
 e. Jenis operasi:/Type of surgery:
 f. Metode pembiusan (bius lokal, bedah beku, bius umum, dsb):/Method of anaesthetic (e.g. local anaesthetic, cryosurgery, general anaesthetic, etc)
 g. Hasil perawatan:/Result of treatment:

(Lampirkan hasil Patologi Anatomi dari operasi tersebut)/(Please attach Anatomic Pathology reports)

h. Menurut yang dikatakan Dokter Anda, hasil Patologi Anatomi tersebut:/According to your Doctor, what does the Anatomic Pathology concludes:
 Jinak/Benign Ganas/Malignant
 Lainnya:/Others:

i. Pengobatan/tindakan apa yang dilakukan setelah dilakukan operasi?/What type of medication/treatment have you had following the surgery?

	Ya/Tidak Yes/No	Jika YA, tuliskan nama dan dosis obat atau jumlah radioterapi/kemoterapi If YES, please give name and dosage of medicine or numbers of radiotherapy/chemotherapy
Obat/Oral medicines	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No	<input type="text"/>
Radioterapi/Radiotherapy	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No	<input type="text"/>
Kemoterapi/Chemotherapy	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No	<input type="text"/>
Lainnya:/Others:	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No	<input type="text"/>

7. Mohon tuliskan nama dan alamat Dokter tempat Anda berkonsultasi:/Please provide the doctor's name and address:

8. a. Kapan Anda terakhir berkonsultasi?
 When was your last consultation date? - - (tgl/bln/thn)/(dd/mm/yyyy)
 b. Bagaimana hasilnya? Mohon jelaskan.
 What was the result? Please provide details

9. Mohon sebutkan bila ada informasi lain yang mungkin dapat membantu proses pengajuan Klaim ini:
 Please provide any additional information that you feel will be useful in processing your claim



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



15012109

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.

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).