



## KUESIONER KLAIM - KANKER DARAH PUTIH (LEUKEMIA)

\* 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 menderita penyakit Leukemia/ Kanker Darah?

( ) Ya ( ) Tidak

Jika YA :

a. Bagaimana keluhan/ gejalanya?

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

b. Kapan pertama kali Tertanggung mengalami keluhan/ gejala tersebut?

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

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

.....

d. Apakah ada obat yang diberikan Dokter pada Tertanggung untuk penyakit tersebut?

( ) Ya ( ) Tidak

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

Nama Obat	Dosis yang diberikan	Tanggal diberikan

2. Apakah Tertanggung pernah dirawat inap sehubungan dengan penyakit tersebut?

( ) Ya ( ) Tidak

Jika YA, mohon melengkapi tabel berikut :

Tanggal Perawatan	Nama Rumah Sakit/ Dokter	Diagnosis yang ditegakkan

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

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Tanggal Pemeriksaan
1. Biopsi Sumsum Tulang	.....	.....
2. Darah rutin : - Leukosit	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

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

4. 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 tandatangan Tertanggung/  
Pemegang Polis/ Penerima Manfaat)