



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)