



## KUESIONER KLAIM - OPERASI

- \* 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 menjalani operasi?

( ) Ya ( ) Tidak

Jika YA, mohon melengkapi tabel berikut :

Diagnosis	Jenis Tindakan Operasi	Tanggal Operasi	Nama Rumah Sakit/ Dokter	Alamat/ Telepon

2. Apakah Tertanggung pernah konsultasi kepada Dokter sebelum menjalani perawatan saat ini?

( ) Ya ( ) Tidak

Jika YA, mohon melengkapi tabel berikut :

Nama Dokter/ Rumah Sakit	Alamat	Telepon	Diagnosis yang ditegakkan

3. Apakah ada pemeriksaan yang dilakukan sehubungan dengan tindakan operasi tersebut?

( ) Ya                      ( ) Tidak

Jika YA, mohon melengkapi tabel berikut :

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Tanggal Pemeriksaan

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

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)