



PT Prudential Life Assurance
 Prudential Tower
 Jl. Jend. Sudirman Kav. 79, Jakarta 12810
 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.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



15012113

Formulir
CLAIM – 08

KUESIONER SEMUA JENIS SAKIT KEPALA
ALL TYPES OF HEADACHE 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. Apakah Anda pernah didiagnosa:
- Gangguan syaraf (contoh: tumor otak)
 - Penyakit pembuluh darah (contoh: hipertensi)
 - Gangguan pada sinus (contoh: sinusitis)
 - Gangguan fungsi mata (contoh: kelainan refraksi mata)
 - Cedera kepala
 - Gangguan mental

Ya/Yes
 Mohon jelaskan. / Please provide details.

Have you ever been diagnosed

- Neurological disorders (e.g. brain tumor)
- Vascular diseases (e.g. hypertension),
- Sinus disorders (e.g. sinusitis)
- Eye disorders (e.g. refractive error)
- Head injury
- Mental disorders

Tidak/No
 Ya/Yes
 Mohon jelaskan. / Please provide details.

Tidak/No

2. Jenis sakit kepala seperti apa yang pernah Anda derita?
 What type of headache have you ever suffered?

- a. Pusing/Dizziness
- b. Migrain (sakit kepala sebelah) / Migraine
- c. Vertigo (sakit kepala berputar)
- d. Tension headache (sakit kepala berat)
- e. Cluster headache (sakit kepala sebagian)
- f. Lainnya, sebutkan: / Others, please state:

3. Kapan pertama kali Anda mengalami gejala tersebut?
 When did you experience the first symptoms

(tgl/bln/thn)/(dd/mm/yyyy)

4. Berapa sering Anda mengalami keluhan tersebut?
 How often do you experience such symptoms?

- a. 1 – 2 kali per bulan / 1 – 2 times per month
- b. 3 – 4 kali per bulan / 3 – 4 times per month
- c. Lebih dari 4 kali per bulan / More than 4 times per month

5. Apakah Anda pernah berkonsultasi mengenai keluhan tersebut ke Dokter?
 Have you ever consulted those symptoms with a doctor?

Ya/Yes

- Nama Dokter:
 Name of doctor:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Alamat Dokter/RS/Klinik:
 Address of doctor/hospital/
 clinic:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Tanggal konsultasi terakhir:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



PT Prudential Life Assurance
 Prudential Tower
 Jl. Jend. Sudirman Kav. 79, Jakarta 12810
 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.:



15012113

Date of last consultation:

- Diagnosa:/Diagnosis:

Tidak/No

6. Pengobatan yang diberikan dan dosis?
Treatment and dosage was given?

a. Nama obat/suntikan:
Name of medication/injection:

b. Dosis:/Dosage:

7. Apakah Anda pernah tidak masuk kerja dalam 2 (dua) tahun terakhir karena kondisi ini?
Have you lost any time off work in the last two year because of this condition?

Ya/Yes

Mohon jelaskan./Please provide details.

Tidak/No

8. Pernahkah Anda menjalani pemeriksaan sebagai berikut:/Have you ever undergone any of the following examination (s):

Jenis Pemeriksaan <i>Type of Examination</i>	Ya <i>Yes</i>	Tidak <i>No</i>	Tanggal <i>Date</i>	Hasil <i>Result</i>	Hasil Terlampir <i>Attached Result</i>	
					Ya/Yes	Tidak/No
a. CT Scan						
b. MRI						
c. Rontgen/X-Ray						
d. Lainnya, sebutkan: <i>Others, please state:</i>						
-						
-						
-						

9. Pernahkah Anda dirawat di Rumah Sakit untuk kondisi ini?
Have you ever been admitted to the hospital for this condition?

Ya/Yes

• Tanggal perawatan:
Date of admittance:

- - (tgl/bln/thn)
 (dd/mm/yyyy)

• Lama di Rumah Sakit:
Period of admittance:

• Nama Rumah Sakit:
Name of hospital:

• Nama Dokter yang merawat:/Name of treating doctor:

• Tindakan medis yang



PT Prudential Life Assurance
 Prudential Tower
 Jl. Jend. Sudirman Kav. 79, Jakarta 12810
 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.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



15012113

diberikan:
 Type of treatment given:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

• Hasil perawatan:
 Result of treatment:

--

Tidak/No

10. Mohon sebutkan bila ada informasi lain yang mungkin dapat membantu proses pengajuan Klaim ini:

Please provide any additional information that you feel will be usefull in processing your claim

--

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 ditandatangani 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 as 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).