



KUESIONER KLAIM - PEMBULUH DARAH OTAK (STROKE)

- * 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. Kapan pertama kali Tertanggung didiagnosis Dokter menderita penyakit stroke?
.....(tgl/bln/thn)

2. Mohon sebutkan keluhan yang dirasakan oleh Tertanggung.
.....
.....

3. Apakah Tertanggung pernah berkonsultasi kepada Dokter mengenai penyakit Stroke?
() Ya () Tidak
Jika YA, kapan?(tgl/bln/thn)
Mohon sebutkan diagnosis yang ditegakkan oleh Dokter
Mohon sebutkan nama Rumah Sakit/ Dokter yang merawat

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

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Tanggal Pemeriksaan

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

5. Apakah ada obat yang diberikan Dokter kepada Tertanggung untuk penyakit tersebut?
() Ya () Tidak
Jika YA, mohon sebutkan obat-obatan yang diberikan oleh Dokter.

Nama Obat	Dosis yang diberikan	Tanggal diberikan

6. Apakah Tertanggung pernah mempunyai riwayat penyakit seperti dibawah ini?

Diagnosis / Penyakit	Tanggal Diagnosis ditegakkan	Nama Dokter/ Rumah Sakit	Alamat/ Telepon
a. Tekanan Darah Tinggi			
b. Hiperkolesterol			
c. Diabetes Mellitus (Kencing Manis)			
d. Penyakit Jantung			
e.dll.			

7. Kapan terakhir kali Tertanggung berkonsultasi ke Dokter?

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

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 tanda tangan Tertanggung/
Pemegang Polis/ Penerima Manfaat)