



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



Formulir
CLAIM – 01

KUESIONER TEKANAN DARAH TINGGI HIGH BLOOD PRESSURE QUESTIONNAIRE

UNTUK DIISI OLEH TERTANGGUNG/PESERTA ATAU ORANGTUA TERTANGGUNG/ PESERTA
(APABILA TERTANGGUNG/PESERTA BERUSIA DI BAWAH 21 TAHUN)

TO BE COMPLETED BY INSURED/ PARTICIPANT OR BY ITS PARENT (FOR INSURED/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 Tertanggung/Peserta:

Name of Life Assured/Participant

1. Kapan Anda pertama kali didiagnosa oleh Dokter bahwa Anda menderita Tekanan Darah Tinggi? (bulan dan tahun).

Please give the dates when your doctor first diagnosed your high blood pressure.

Nama dan alamat Dokter yang memeriksa./*Doctor's name and address.*

2. Pada waktu itu, tekanan darah Anda diperiksa untuk keperluan/keluhan apa? Misalnya: pemeriksaan rutin, karena keluhan tertentu dll./*Why was your blood pressure measured at that particular time? E.g. routine examination, due to symptoms, etc.*

3. Berapa Tekanan Darah Anda waktu itu? (Sistolik/ Diastolik).

What was the blood pressure readings when first diagnosed? (systolic/diastolic)

4. Sebutkan nama obat Tekanan Darah Tinggi yang Anda minum beserta dosisnya.

Please provide details of your treatment (names of medications, dosage and how often taken).

- a. Saat ini (*currently*)



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



b. Dahulu (*in the past*)

5. Kapan terakhir kali Anda melakukan konsultasi dokter untuk tekanan darah tinggi? Sebutkan nama dan alamat Dokter tersebut dan berapa tekanan darah saat itu (bila dilakukan beberapa kali pemeriksaan, mohon sebutkan semua hasilnya).

Please give the date of your last attendance at a hospital, clinic or general practitioner for a medical check-up and blood pressure measurement (please provide all readings if more than once).

6. Pernahkah Anda menjalani pemeriksaan EKG, Rontgen Dada, Test Lemak Darah atau pemeriksaan lain?

Have you had an ECG, X-ray, blood lipid test or other investigations?

Ya/Yes Tidak/No

Jika YA, kapan, bagaimana hasilnya, dan mohon lampirkan *copy* hasilnya

If YES, please provide details including dates of investigations and please attach results.

7. Pernahkah terdapat kelainan pada hasil analisa air seni (*urine*) Anda?

Have any abnormalities ever been found in your urine?

Ya/Yes Tidak/No

Jika YA, kapan dan sebutkan jenis kelainannya. *If YES, when and what abnormalities found.*

8. Pernahkah Anda didiagnosa Dokter bahwa Anda mengalami gangguan jantung, seperti: Gangguan Irama Jantung, Iskemi, Infark/Kematian Otot Jantung, Serangan Jantung, atau Gagal Jantung?

Have you ever been diagnosed to have any of the followings: Arrhythmia, Ischaemia, Myocardial Infarction, Heart attack, or Heart Failure?

Ya/Yes Tidak/No



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



15012106

Jika YA, sebutkan jenis gangguan tersebut menurut dokter, nama dan alamat Dokter, kapan diagnosa tersebut diberikan, dan jenis tindakan dan nama obat-obatan yang diberikan:

If YES, please give type of disorders, doctor's name and address, when diagnosed and treatment and medicine given:

9. Apakah Anda pernah mengalami: *Have you ever had any of the followings:*

10.

	Ya/Tidak Yes/No	Jika YA, sebutkan waktu terjadinya, nama and alamat Dokter dan obat yang diberikan/ <i>If Yes, please give the date of incident, doctor's name and address and treatment given</i>
Gangguan Ginjal <i>Kidney problems</i>		
Protein dalam Urin <i>Protein or albumin in the urine</i>		
Gangguan Sirkulasi Darah <i>Circulatory problems</i>		

11. Mohon sebutkan bila ada informasi lain sehubungan dengan kondisi kesehatan Anda yang mungkin dapat membantu proses pengajuan Klaim ini:

Please provide any additional information on your condition which you feel will be helpful 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.



PT Prudential Life Assurance
Prudential Tower
Jl. Jend. Sudirman Kav. 79, Jakarta 12910
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

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



15012106

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
identitas diri yang dilampirkan
Signature of Policy Holder as per attached ID Card

--

Tanda tangan Tertanggung/Peserta atau orang tuanya kartu
sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan
Signature of Insured/Participant or its parent as per attached ID Card

--

Catatan: Segala risiko yang timbul akibat ditandatanganinya 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 is 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).