



Formulir
CLAIM – 05

KUESIONER TUMOR, KISTA, BENJOLAN, PERTUMBUHAN LAINNYA DAN KELAINAN KANDUNGAN/ *TUMORS, CYSTS, LUMPS, GROWTHS AND GYNAEOLOGICAL PROBLEMS 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. *If 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. Menurut Anda, jenis kelainan yang (pernah) Anda derita adalah (pilih salah satu)/
In your opinion, what is (was) the disorders you suffer from (please tick one).

Tumor Benjolan/lump
 Kista/cyst Lainnya, mohon jelaskan: /others, please describe:.....

2. Kapan pertama kali diketahui adanya kelainan tersebut?/ *When was the disorder first discovered?*

3. Pada bagian tubuh mana terdapat kelainan tersebut?/ *In which part of the body was it situated?*

4. Bila diketahui, mohon tuliskan diagnosa pasti dari kelainan tersebut. / *Please state the precise diagnosis if known.*

5. Pemeriksaan-pemeriksaan apa saja yang telah dilakukan, termasuk tanggal dan hasil pemeriksaan tersebut./
Details of investigations which have been carried out, including date(s) and result(s).

(Mohon dilampirkan hasil interpretasinya/Please attach summary)

6. Apakah kelainan tersebut telah diangkat/dioperasi?/ *Has the growth been removed?*

Ya/Yes Tidak/No

7. Jika belum dioperasi, pengobatan atau tindakan/operasi apa saja yang pernah dianjurkan?/

If not yet operated, please give details of any proposed treatment or surgery.



8. Jika jawaban sudah dioperasi, jelaskan:/If operated, please give details:

Tanggal operasi <i>Dates of removal</i>	
Lama di rumah sakit <i>Period of admittance</i>	
Nama Rumah sakit <i>Name of hospital</i>	
Nama Dokter yang merawat <i>Name of treating doctor</i>	
Dokter tersebut adalah spesialis apa <i>This doctor is a specialist in</i>	
Jenis operasi <i>Type of operation</i>	
Metode pembiusan (bius lokal, bedah beku, bius umum, dan sebagainya) <i>Method of anaesthetic (eg local anaesthetic, cryosurgery, general anaesthetic, etc)</i>	
Hasil perawatan <i>Result of treatment</i>	

Lampirkan hasil Patologi Anatomi dari operasi tersebut/Please attach histology reports

Menurut yang dikatakan Dokter Anda, hasil Patologi Anatomi tersebut:/According to your Doctor, the histology report stated:

- Jinak/Benign
- Ganas/Malignant
- Lainnya/Others:

Pengobatan/tindakan apa yang dilakukan setelah dilakukan operasi?/What treatment have you had following removal?

	Ya/Tidak/ Yes/No	Jika YA, tuliskan nama dan dosis obat atau jumlah radio/kemoterapi/ <i>If YES, please give name and dosage of medicine or numbers of radio/chemotherapy</i>
Obat <i>oral medicines</i>		
Radiotherapy		
Chemotherapy		
Lainnya <i>Others</i>		

9. Apabila operasi yang dilakukan adalah pengangkatan rahim (histerektomi), apakah rahim diangkat seluruhnya, atau hanya sebagian?/If the operation is hysterectomy, please state whether it is a total or partial hysterectomy.

--

10. Jika di daerah payudara, hasil USG atau Mammografi Anda yang terakhir/
For breast conditions, your last USG or Mammography.

Tanggal /Date	
Hasil Result	



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

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



15012110

(Mohon dilampirkan hasil interpretasinya/Please attach summary)

11. Mohon beri tanda di kolom yang sesuai./Please tick in appropriate column.

Jika pernah diberitahukan kepada Anda, prognosis (perkiraan) atas kelainan tersebut adalah:

If you have been informed, the prognosis/outlook of the disorder is:

Baik/Good Kurang Baik/Unfavourable

12. Apakah Anda masih dalam perawatan lanjutan?/Are you still being followed-up?

Ya/Yes Tidak/No

Jika YA, jelaskan berapa kali dalam satu tahun./If YES, please state how often.

--

Jika TIDAK, sejak kapan Anda tidak lagi dalam perawatan lanjutan?/If NO, when were you discharged from follow-up?

--

13. Apakah Anda pernah tidak dapat bekerja karena kondisi tersebut?/Have you lost significant time off work with this condition?

Ya/Yes Tidak/No

Jika YA, jelaskan tanggal dan lamanya./If YES, please provide details including dates and duration of time off work:

--

14. Mohon jelaskan lebih lanjut bila ada informasi tambahan lainnya sehubungan dengan kondisi Anda yang menurut Anda dapat membantu proses pengajuan Klaim Anda./Please provide any additional information on your condition which you feel will be helpful in processing your claim.

--



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*



15012110

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*

For more information about the study, please contact the study team at 1-800-258-4929 or visit www.cancer.gov.

For more information about the study, please contact the study team at 1-800-258-4929 or visit www.cancer.gov.

* 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 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).