



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

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

**KUESIONER KELAINAN DARAH**

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

Nama (Calon) Tertanggung/Peserta:

--

Berdasarkan hasil pemeriksaan Darah Rutin yang ada pada kami, didapat data adanya penurunan kadar Hemoglobin, untuk itu kami mohon pertanyaan berikut dibawah ini dilengkapi:

1. Pernahkah Anda mengalami gejala sehubungan dengan penurunan Hemoglobin (Anemia) tersebut?

Ya     Tidak

Jika YA, sejak kapan?

--

2. Gejala tersebut berupa?

- Kelelahan
- Mudah letih
- Perdarahan dari hidung
- Kulit dan mata berwarna kuning
- Lainnya (*mohon sebutkan bila ada*) : .....

3. Pernahkah Anda mengalami gejala sehubungan dengan penurunan Hemoglobin (Anemia) tersebut?

Ya     Tidak

Jika YA:

Dari mana perdarahan itu timbul?	
Kapan hal itu terjadi?	
Berapa kali dalam satu tahun terakhir?	
Kapan terakhir hal tersebut terjadi?	

<p><b>Tanda tangan (Calon) Pemegang Polis sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>	<p><b>Tanda tangan (Calon) Tertanggung/Peserta atau orang tuanya sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
--	---

**Mohon lembar Kuesioner ini tidak ditandatangani dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang diminta telah diisi dengan benar sebelum ditandatangani.**



No. SPAJ:

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

No. Polis:

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

4. Apakah Anda pernah melakukan konsultasi dokter atas gejala/kelainan tersebut diatas?

Ya     Tidak

Jika YA, sebutkan kapan Anda melakukan konsultasi, nama dan alamat dokter tersebut.

--

5. Apa diagnosa dokter atas kelainan/gejala tersebut?

--

6. Apa diagnosa dokter atas kelainan/gejala tersebut?

a. Apa pengobatan yang diberikan?

--

b. Apakah saat ini masih dalam pengobatan?

--

c. Jika TIDAK, kapan terakhir Anda mengkonsumsi obat-obatan tersebut?

--

7. Apakah Anda pernah mendapat transfusi darah?

Ya     Tidak

Jika YA:

Berapa kali mendapat tranfusi darah dalam 1 tahun?	
Kapan terakhir kali mendapat tranfusi darah?	

Tanda tangan (Calon) Pemegang Polis sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan

--

Tanda tangan (Calon) Tertanggung/Peserta atau orang tuanya sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan

--

Mohon lembar Kuesioner ini tidak ditandatangani dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang diminta telah diisi dengan benar sebelum ditandatangani.



No. SPAJ:

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

No. Polis:

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

8. Apakah Anda pernah dirawat dirumah sakit sehubungan dengan gejala/kelainan tersebut?

Ya  Tidak

Jika YA:

Kapan?	
Dimana?	
Berapa lama?	

9. Apakah Anda pernah menjalani operasi/tindakan bedah lainnya sehubungan dengan gejala/kelainan tersebut?

Ya  Tidak

Jika YA:

Kapan?	
Jenis operasi:	
Dimana?	
Sebutkan Nama Dokter:	

10. Pemeriksaan apa saja yang pernah dilakukan sehubungan dengan kelainan/gejala tersebut?

*(Bila ada mohon untuk melampirkan hasil-hasil pemeriksaan tersebut).*

--

Tanda tangan (Calon) Pemegang Polis sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan

--

Tanda tangan (Calon) Tertanggung/Peserta atau orang tuanya sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan

--

Mohon lembar Kuesioner ini tidak ditandatangani dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang diminta telah diisi dengan benar sebelum ditandatangani.



No. SPAJ:

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

No. Polis:

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

Dengan ini saya telah memberikan jawaban dan keterangan dalam Kuesioner Kelainan Darah ini dengan sejelas-jelasnya dan sebenar-benarnya. Saya tidak menyembunyikan informasi apa pun yang dapat memengaruhi penerimaan Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ) saya. Saya menyetujui Kuesioner ini akan menjadi bagian dari SPAJ saya pada PT Prudential Life Assurance dan bahwa penyembunyian informasi material apa pun dapat mengakibatkan batalnya kontrak asuransi jiwa sebagaimana diatur dalam SPAJ dimaksud.

di .....tanggal ..... bulan ..... 20 .....

.....  
Nama & Tanda Tangan (Calon) Tertanggung/  
Peserta atau Orang Tua (Calon) Tertanggung/  
Peserta apabila (Calon) Tertanggung/Peserta  
berusia di bawah 21 tahun

.....  
Disaksikan oleh: Nama & Tanda Tangan Tenaga Pemasaran

**PERHATIAN: Mohon tanda tangan sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan**

Tanda tangan (Calon) Pemegang Polis sesuai  
kartu identitas diri yang dilampirkan

--

Tanda tangan (Calon) Tertanggung/Peserta atau orang tuanya  
sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan

--

**Mohon lembar Kuesioner ini tidak ditandatangani dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang diminta telah diisi dengan benar sebelum ditandatangani**

