



KUESIONER COVID-19 (CORONAVIRUS) – PEKERJAAN BERESIKO TINGGI

Nama (Calon) Pemegang Polis :

Nomor SPAJ / Polis :

Nama (Calon) Tertanggung/Peserta :
Yang Diasuransikan

Pekerjaan	
Keahlian medis khusus	
Uraian pekerjaan yang jelas (termasuk tugas prosedural/nonprosedural)	
Nama dan alamat fasilitas tempat bekerja	
Otoritas Kesehatan dimana Anda terdaftar	

1. Apakah Anda mempunyai riwayat (a) kontak secara langsung dengan Orang Dalam Pemantauan (ODP), (b) Pasien Dalam Pengawasan (PDP), dan/atau (c) Pasien Positif Terkontaminasi Novel Coronavirus (COVID-19/SARS-CoV-2)? Lingkari yang sesuai, bisa lebih dari satu pilihan.

Ya, Jelaskan kapan (tanggal/bulan/tahun) Tidak

2. Apakah Anda pernah dikarantina karena kemungkinan terpapar Novel Coronavirus (COVID-19/SARS-CoV-2)? Jika ya, jelaskan kapan (tanggal/bulan/tahun).

Ya Tidak

3. Apakah Anda pernah disarankan untuk (a) melakukan pemeriksaan atau (b) sedang menunggu hasil pemeriksaan sehubungan Novel Coronavirus (COVID-19/SARS-CoV-2)? Lingkari yang sesuai.

Ya Tidak



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

4. Apakah Anda pernah didiagnosa positif Novel Coronavirus (COVID-19/SARS-CoV-2)? Jika ya, jelaskan kapan (tanggal/bulan/tahun)

Ya* Tidak

Apakah saat ini anda sudah dinyatakan sembuh dan dapat beraktivitas secara normal?

Ya* Tidak

*Mohon lampirkan surat keterangan dokter dengan hasil covid-19 negatif atau hasil pemeriksaan kesehatan yang menyatakan sembuh dari Covid-19.

5. Dalam 30 hari terakhir, apakah Anda mengalami gejala demam/ batuk/ pilek/ kelelahan, lemas (seperti gejala flu)/ radang tenggorokan/ gangguan pencernaan/ diare/ sesak nafas? Jika ya, mohon dijelaskan gejala yang dialami.

Ya Tidak

Dinyatakan di :

Tanggal :

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

Tanda Tangan (Calon) Tertanggung/Peserta*), jika berbeda dengan (Calon) Pemegang Polis, sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan

*) Jika berusia di bawah 21 tahun, mohon Orang Tua (Calon) Tertanggung/Peserta dapat menandatangani dan melampirkan kartu identitas diri

Tanda Tangan Tenaga Pemasar

Kode Tenaga Pemasar:

Catatan: Segala risiko yang timbul akibat ditandatanganinya kuesioner ini dalam keadaan kosong menjadi tanggung jawab (Calon) 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.