

KUESIONER HEPATITIS
(Diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung :

No. SPA/Polis : /

Pengajuan Baru Pemulihan/Perubahan Polis

1. Apakah diagnosis penyakit Anda?
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Hepatitis B Akut | <input type="checkbox"/> Hepatitis B Kronik |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B Carrier | <input type="checkbox"/> Hepatitis karena alkohol | <input type="checkbox"/> Hepatitis karena obat |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis Autoimun | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan |

2. Sejak kapan Anda menderita penyakit tersebut? (tanggal/bulan/tahun)

3. Mohon jelaskan penyebab sehingga Anda menderita Hepatitis sesuai informasi dari dokter yang merawat Anda.
- | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------|
| a. Riwayat penggunaan jarum suntik secara bergantian | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| b. Riwayat tato permanen | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| c. Riwayat transfusi darah bukan oleh tenaga medis | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| d. Riwayat penggunaan obat terlarang dengan jarum suntik | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| e. Riwayat hubungan seksual dengan orang terinfeksi hepatitis | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| f. Riwayat orang tua dengan hepatitis | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| g. Lainnya, Jelaskan | | |

4. Apakah Anda pernah konsultasi ke dokter atau rawat inap di rumah sakit sehubungan penyakit tersebut ? Ya Tidak
- Jika Ya, jelaskan sejak kapan?
- Nama dokter dan rumah sakit?
- Terapi dan tindakan yang diberikan?

5. Apakah Anda saat ini masih minum obat sehubungan penyakit ini?
- Ya, nama dan dosis obat ?
- Tidak, jelaskan nama obat yang pernah dikonsumsi dan sejak kapan berhenti obat?

6. Apakah Anda pernah dilakukan pemeriksaan sehubungan penyakit tersebut (mohon lampirkan hasil pemeriksaan tersebut)?
- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| a. Tes Fungsi Hati | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| b. USG abdomen | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| c. Biopsi Hati | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| d. HBsAg | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| e. HBeAg | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| f. HBV | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| g. HIV | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| h. AFP | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| i. Anti HCV | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| j. HCV RNA | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| k. Lainnya, jelaskan | | |
- Jika Ya, jelaskan kapan dan bagaimana hasilnya?

7. Apakah Anda pernah dinyatakan telah sembuh oleh dokter sehubungan penyakit ini? Ya Tidak
- Jika ya, jelaskan nama dan alamat dokter yang menyatakan?

(mohon melampirkan surat keterangan sembuh atau selesai berobat dari dokter tersebut)

KUESIONER HEPATITIS (Diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung :

No. SPA/Polis : /

8. Apakah Anda mengonsumsi alkohol? Ya Tidak

Jika Ya, jenis minuman beralkohol yang diminum?

Informasi tambahan yang ingin disampaikan sehubungan penyakit Anda?

.....

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Saya telah mengisi dan memberikan seluruh keterangan secara lengkap dan sebenarnya. Saya menyetujui bahwa formulir ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Surat Pengajuan Asuransi Jiwa atas nama Saya. Apabila ternyata terdapat keterangan yang tidak sesuai dengan keadaan sebenarnya maka PT Asuransi Jiwa Sequis Life berhak membatalkan atau tidak menerima permohonan kontrak asuransi ini.

Ditandatangani di:

Tanggal/bulan/tahun pengisian:

.....
(Nama Lengkap dan Tanda Tangan Calon Tertanggung)

- ▲ Jika Calon Tertanggung berusia kurang dari 18 tahun, kuesioner harus ditandatangani oleh orangtua/wali.
- ▲ Orangtua/wali adalah yang sama bertandatangan di SPA.