

KUESIONER JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH
(Bila dalam pengawasan dokter, diisi oleh dokter yang merawat)
(Bila tidak ada dokter yang merawat, diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung :

No. SPA/Polis : /

Pengajuan Baru Pemulihan/Perubahan Polis

***Berikan tanda "✓" pada keterangan yang membutuhkan pilihan**

1. Apakah Anda/Pasien pernah mengalami serangan jantung? Ya Tidak

Jika Ya, Mohon jelaskan pertanyaan berikut

a. Kapan pertama kali serangan? (tanggal/bulan/tahun)

b. Berapa kali serangan pernah dialami? x serangan

c. Kapan terakhir kali serangan? (tanggal/bulan tahun)

2. Apakah Anda/Pasien pernah mengalami nyeri dada (Chest Pain/Angina Pectoris)? Ya Tidak

Jika Ya, Mohon jelaskan pertanyaan berikut

a. Kapan pertama kali serangan? (tanggal/bulan/tahun)

b. Berapa kali serangan pernah dialami? x serangan

c. Kapan terakhir kali serangan? (tanggal/bulan tahun)

3. Apakah Anda/Pasien pernah menderita kelainan katup Jantung? Ya Tidak

Jika Ya, mohon jelaskan pertanyaan berikut

a. Jelaskan Diagnosa yang diberikan dokter?

b. Kapan pertama kali terdiagnosa? (tanggal/bulan/tahun)

c. Apakah sudah pernah dilakukan tindakan operasi? Ya Tidak

d. Sebutkan Nama Dokter yang merawat?

e. Nama dan Alamat Rumah Sakit tempat perawatan?

f. Kapan dilakukan tindakan/operasi? (tanggal/bulan/tahun)

4. Apakah Anda/Pasien pernah dilakukan perawatan di Rumah sakit? Ya Tidak

Jika Ya, Jelaskan kapan dilakukan perawatan? (tanggal/bulan/tahun)

Nama Dokter yang merawat?

Nama dan Alamat Rumah Sakit tempat perawatan?

5. Apakah Anda/Pasien pernah melakukan pemeriksaan berikut? (mohon lampirkan hasil pemeriksaan)

a. EKG (Elektrokardiografi) Ya Tidak

b. Treadmill Test Ya Tidak

c. Echocardiography (USG Jantung) Ya Tidak

d. CT Angiogram Ya Tidak

e. Holter Jantung Ya Tidak

f. Lainnya (sebutkan)

6. Apakah Anda/Pasien sedang konsumsi obat-obatan saat ini? Ya Tidak

Jika Ya, Sebutkan nama obat yang masih dikonsumsi saat ini?

Sudah berapa lama konsumsi obat tersebut?

KUESIONER JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH
(Bila dalam pengawasan dokter, diisi oleh dokter yang merawat)
(Bila tidak ada dokter yang merawat, diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung :

No. SPA/Polis : /

Pengajuan Baru Pemulihan/Perubahan Polis

7. Apakah Anda/Pasien pernah menjalani operasi CABG/PTCA (Pemasangan Ring/Balon)? Ya Tidak

Jika Ya, Mohon jelaskan pertanyaan berikut

- a. Kapan dilakukan tindakan tersebut? (tanggal/bulan/tahun)
- b. Berapa pembuluh darah/ring/stent yang terpasang pada jantung?
- c. Nama Dokter dan Rumah Sakit dilakukan tindakan?

8. Apakah faktor resiko pencetus serangan/penyakit Jantung yang dimiliki anda/Pasien?

- a. Hipertensi (darah tinggi) Ya Tidak
- b. Diabetes Mellitus (kencing manis) Ya Tidak
- c. Dyslipidemia (lemak darah) Ya Tidak
- d. Obesitas Ya Tidak
- e. Konsumsi Alkohol Ya Tidak
- f. Perokok Ya Tidak
- g. Lainnya (sebutkan)

Informasi tambahan yang ingin disampaikan sehubungan dengan penyakit Pasien?
.....

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.

Jika diisi oleh dokter, harap dilengkapi dengan:

- Tanggal pengisian:
- Nama dokter:
- Alamat lengkap:
- Tanda tangan & cap dokter:

PERNYATAAN KHUSUS DOKTER :

Saya telah mengisi dan memberikan seluruh keterangan secara lengkap dan sebenarnya, dengan tetap menjunjung kode etik kedokteran dan peraturan yang berlaku atas profesi saya sebagai dokter.

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.