

KUESIONER KELAINAN TULANG DAN SENDI
(Diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung :

No. SPA/Polis : /

Pengajuan Baru Pemulihan/Perubahan Polis

1. Apakah Keluhan / diagnosis penyakit Anda?

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Gout Arthritis | <input type="checkbox"/> Skoliosis | <input type="checkbox"/> HNP (Herniated Nucleus Pulposus) |
| <input type="checkbox"/> Osteo Arthritis | <input type="checkbox"/> Spondilosis | <input type="checkbox"/> Low Back Pain |
| <input type="checkbox"/> Rheumatoid Arthritis | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Lainnya |

2. Dibagian tubuh manakah penyakit tersebut?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jari Tangan / Kaki | <input type="checkbox"/> Punggung |
| <input type="checkbox"/> Pergelangan Tangan / Kaki | <input type="checkbox"/> Bahu |
| <input type="checkbox"/> Lutut | <input type="checkbox"/> Leher |
| <input type="checkbox"/> Panggul / Pinggang | <input type="checkbox"/> Lainnya (jelaskan) |

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

4. Kapan penyakit tersebut kambuh? (tanggal/bulan/tahun)

5. Apakah Anda pernah berkonsultasi ke dokter atau rawat inap di rumah sakit sehubungan penyakit tersebut?

Ya Tidak

Jika Ya, Jelaskan sejak kapan?

Nama Dokter & Rumah Sakit?

Terapi dan Tindakan yang diberikan?

Apakah saat ini Anda masih dalam perawatan lanjutan? Ya Tidak

Terapi / Tindakan yang rutin dikonsumsi atau masih dilakukan?

Pengobatan Lainnya, Jelaskan

6. Apakah Anda pernah diperiksa sehubungan dengan penyakit tersebut (mohon lampirkan hasil pemeriksaan tersebut)?

- | | | | |
|----------------------|-----------------------------|--------------------------------|--|
| a. CT Scan | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak | (Dibagian kepala/leher/Anggota Tubuh/Tangan/Kaki/Lainnya |
| b. MRI | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak | (Dibagian kepala/leher/Anggota Tubuh/Tangan/Kaki/Lainnya |
| c. Kepadatan Tulang | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak | (Dibagian kepala/leher/Anggota Tubuh/Tangan/Kaki/Lainnya |
| d. X-ray/Rontgen | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak | (Dibagian kepala/leher/Anggota Tubuh/Tangan/Kaki/Lainnya |
| e. Lainnya, Jelaskan | | | |

Jika Ya, Jelaskan kapan dan bagaimana hasilnya?

7. Apakah Anda menggunakan alat bantu untuk melakukan kegiatan sehari - hari? Ya Tidak

Jika Ya, Jenis / Alat bantu apa yang saat ini Anda gunakan?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kruk / Tongkat / Tripod | <input type="checkbox"/> Korset |
| <input type="checkbox"/> Walker | <input type="checkbox"/> Cervical collar / Penyangga Leher |
| <input type="checkbox"/> Kursi Roda | <input type="checkbox"/> Knee Decker / Penyangga Lutut |
| <input type="checkbox"/> Lainnya, Jelaskan | |

8. Apakah Anda pernah tidak masuk kerja dikarenakan penyakit tersebut? Ya Tidak

Jika Ya, Berapa lama jumlah hari tidak masuk kerja dikarenakan penyakit tersebut?

<5 hari/tahun 6 hari-2 minggu/tahun >2 minggu/tahun

KUESIONER KELAINAN TULANG DAN SENDI
(Diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung :

No. SPA/Polis : /

9. Apakah Anda pernah dioperasi atau disarankan untuk operasi sehubungan penyakit Anda? Ya Tidak

Jika Ya, Jelaskan Kapan?

Nama Dokter & Rumah Sakit?

Tindakan / Operasi yang dilakukan?

Jika disarankan dan belum operasi, atas alasan apa operasi tersebut belum dilakukan?

10. Apakah Anda menderita penyakit Jantung, Paru – paru, Hati atau Pembuluh darah? Ya Tidak

Jika Ya, Jelaskan nama penyakitnya?

Nama Dokter & Rumah Sakit?

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.