

KUESIONER PENGGUNAAN OBAT - OBATAN
(Diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Lengkap :

No. SPA/Polis : /

Pengajuan Baru Pemulihan/Perubahan Polis

1. Apakah Anda pernah menggunakan obat – obatan dibawah ini?

Nama Jenis Obat – Obatan dan Nama Lainnya:	Ya	Tidak	Nama Obat yang Digunakan	Tanggal/Bulan/Tahun Mulai Menggunakan	Tanggal/Bulan/Tahun Berhenti Menggunakan	Jumlah Pemakaian per minggu
Amphetamines (Ectasy, Benzedrine, Bexedrine, MDMA, Ice, Speed, Uppers, dll)						
Cannabis (Marijuana, Hashish, Pot, Weed, Ganja, dll)						Berapa "joint" per minggu ?
Cocaine (Coke, Crack, Snow, Happy dust, Charlie, Srepet, dll)						
Hallucinogens (LSD, Acid, Angel dust, Haze, Microdots, dll)						
Opiates (Codeine, Heroin, Methadone, Morphine, Opium, Putaw, Megadon, Smack dll)						
Solvent (Sniffing, Petrol, Ether, Glue, Aerosols, dll)						
Sedative (Barbiturate, tranquilizer, Benzodiazepine, Hypnotics, Librium, Nembutal, Diazepam, BDZ, BK, Lexo, MG, Rohip, Dum, Xanax, Alprazolam, dll)						Berapa "resep" per minggu ?
Lainnya, Jelaskan						

KUESIONER PENGGUNAAN OBAT - OBATAN
(Diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Lengkap :
No. SPA/Polis : /

2. Apa alasan Anda menggunakan obat – obatan tersebut diatas ?

3. Apakah Anda menggunakan obat – obatan tersebut melalui pembuluh darah? Ya Tidak

Jika Ya, apakah sumber jarum dan jarum suntik digunakan bersama – sama? Ya Tidak

4. a. Apakah Anda pernah menderita penyakit lain yang dihubungkan dengan penggunaan obat – obatan Anda seperti HIV, Hepatitis, Penyakit Kejiwaan, Depresi, Percobaan Bunuh Diri, dll? Ya Tidak

Jika Ya, Jelaskan

b. Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan dibawah ini? (mohon lampirkan hasil pemeriksaan tersebut)

a. HBsAg Ya Tidak

b. HIV Ya Tidak

c. Anti HCV Ya Tidak

d. Lainnya, jelaskan

Jika Ya, jelaskan kapan dan bagaimana hasilnya?

c. Apakah Anda sekarang ini bebas dari penggunaan obat – obatan? Ya Tidak

5. Apakah Anda mengkonsumsi alkohol ? Ya Tidak

Jika Ya, jenis minuman beralkohol yang diminum?

• Informasi tambahan yang ingin disampaikan sehubungan kegiatan 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.