

KUESIONER PENYAKIT UMUM
(Diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Lengkap :

No. SPA/Polis : /

Pengajuan Baru Pemulihan/Perubahan Polis

1. a. Apakah diagnosis penyakit Anda menurut dokter?

b. Apa keluhan penyakit Anda?

c. Di bagian tubuh sebelah mana keluhan tersebut?

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

3. Berapa kali serangan selama ini? kali serangan. Dalam 1 tahun terakhir berapa kali serangan? kali serangan.

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

5. Apakah Anda pernah berkonsultasi ke dokter sehubungan penyakit Anda? Ya Tidak

Jika Ya, lengkapi pertanyaan berikut:

Rawat Jalan

a. Berapa kali rawat jalan / kontrol dilakukan?

b. Jelaskan kapan saja rawat jalan dilakukan? (tanggal/bulan/tahun)

c. Nama dan alamat dokter yang merawat?

d. Apakah dilakukan tindakan operasi? Ya Tidak

Menurut dokter penyakit tersebut jinak atau ganas?

(Lampirkan hasil patologi anatomi post operasi)

Rawat Inap

a. Berapa hari perawatan / rawat inap dilakukan?

b. Jelaskan kapan dilakukan perawatan? (tanggal/bulan/tahun)

c. Nama dan alamat dokter yang merawat?

d. Apakah dilakukan tindakan operasi? Ya Tidak

Menurut dokter penyakit tersebut jinak atau ganas?

(Lampirkan hasil patologi anatomi post operasi)

6. Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan laboratorium / USG / CT-scan / MRI / dll sehubungan penyakit Anda?

Ya Tidak

Jelaskan pemeriksaan apa, dibagian tubuh apa dan bagaimana hasilnya?

.....
.....
(lampirkan copy hasil pemeriksaan tersebut)

KUESIONER PENYAKIT UMUM
(Diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Lengkap :
No. SPA/Polis : /

7. Apakah Anda saat ini masih melakukan kontrol teratur sehubungan penyakit Anda? Ya Tidak

Jika Ya, a. Nama dokter?

b. Alamat dokter?

c. Frekuensi pemeriksaan berapa kali per bulan / tahun? per bulan, per tahun.

d. Obat – obat apa saja yang Anda minum saat ini?

8. a. Apakah Anda telah benar – benar sembuh? Ya Tidak

Jika Ya, sejak kapan Anda dinyatakan sembuh? (tanggal/bulan/tahun)

b. Apakah dokter yang merawat penyakit Anda menyatakan Anda telah benar – benar sembuh? Ya Tidak

9. Apakah Anda pernah berkonsultasi atau melakukan pengobatan selain keterangan diatas sehubungan penyakit Anda?

Jelaskan,

• 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.