

KUESIONER SAKIT KEPALA
(Diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung :

No. SPA/Polis : /

Pengajuan Baru Pemulihan/Perubahan Polis

1. Apakah diagnosis penyakit Anda?

Vertigo Pusing Cluster Headache
 Migrain Tension Headache Lainnya (sebutkan)

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

3. Apakah sakit kepala Anda terjadi sehubungan dengan :

Gangguan Saraf (misal: tumor otak) Gangguan Fungsi Mata (kelainan refraksi mata)
 Gangguan Penyakit Pembuluh Darah (misal: hipertensi) Cedera Kepala
 Gangguan pada Sinus/Sinusitis
 Lainnya jelaskan

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

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

Jika serangan, berapa lama sakit kepala dirasakan dalam sebulan? 1-2 hari 3-7 hari >7 hari

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

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

<1 minggu/tahun 1-2 minggu/tahun. >2 minggu/tahun.

7. Apakah keluhan sakit kepala Anda bertambah sering dan nyerinya bertambah?

Ya Tidak

Jika Ya, Jelaskan

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

Ya Tidak

Jika Ya, jelaskan sejak kapan?

Nama dokter & rumah sakit?

Terapi dan tindakan yang diberikan?

Pengobatan Lainnya, Jelaskan

9. Obat-obatan yang Anda konsumsi sehubungan penyakit Anda?

Sudah berapa lama digunakan?

KUESIONER SAKIT KEPALA
(Diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung :

No. SPA/Polis : /

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

a. CT Scan atau MRI Ya Tidak

b. DSA (*Digital Subtraction Angiography*)/Brain Wash/Brain Spa Ya Tidak

c. Lainnya jelaskan

Jika Ya, jelaskan kapan dan bagaimana hasilnya?

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.