

KUESIONER SALURAN PENCERNAAN
(Diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung :

No. SPA/Polis : /

Pengajuan Baru Pemulihan/Perubahan Polis

1. Apakah diagnosis penyakit Anda?

- GERD Dyspepsia Gangguan Usus Besar/Colitis
 Maag/Lambung Gangguan Usus Halus Lainnya (sebutkan)

2. Nama dan alamat dokter yang merawat?

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

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

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

6. Apa saja gejala yang Anda rasakan?

- a. Kembung Ya Tidak
b. Mual Ya Tidak
c. Muntah Ya Tidak
d. Sakit perut Ya Tidak
e. Kehilangan nafsu makan Ya Tidak

f. Lainnya (jelaskan)

7. 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 dan rumah sakit?

Terapi dan tindakan yang diberikan?

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

- a. Endoscopy Ya Tidak
b. Colonoscopy Ya Tidak
c. Lainnya Jelaskan

Jika ya, jelaskan kapan dan bagaimana hasilnya?

9. Apakah Anda pernah dioperasi atau disarankan untuk dioperasi sehubungan dengan penyakit tersebut?

Ya Tidak

Jika Ya, jelaskan kapan?

Nama dokter & rumah sakit?

Bagaimana hasil patologi dari operasi tersebut, apakah ada tanda – tanda keganasan?

(Lampirkan hasil Patologi Anatomi Post Operasi)

KUESIONER SALURAN PENCERNAAN
(Diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung :

No. SPA/Polis : /

10. Obat - obatan yang masih Anda konsumsi saat ini sehubungan penyakit Anda ?

Sudah berapa lama digunakan?

11. Pengobatan lainnya yang pernah Anda lakukan ?

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.