

KUESIONER SALURAN PERNAPASAN
(Diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung :

No. SPA/Polis : /

Pengajuan Baru Pemulihan/Perubahan Polis

1. Apakah diagnosis penyakit Anda?

Pneumonia *Bronchitis* PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronis)
 Asma TBC Lainnya (sebutkan)

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)

Jika kambuh, berapa kali serangan pagi dan malam hari dalam seminggu? pagi kali, malam kali.

5. a. Apakah Anda pernah rawat inap di rumah sakit sehubungan dengan penyakit tersebut? Ya Tidak

Jika Ya, jelaskan kapan?

Nama dokter & rumah sakit?

Terapi dan tindakan yang diberikan?

b. Jika pernah dirawat inap apakah perawatan di ruangan ICU (*Intensive Care Unit*)? Ya Tidak

Kapan dirawat di ICU tersebut?

c. Apakah Anda pernah menjalankan pengobatan lain? Jelaskan

6. Obat-obatan apa yang masih digunakan atau dikonsumsi jika kambuh?
.....

7. Kapan pengobatan atau kontrol terakhir dilakukan? Nama dokter dan rumah sakit?
.....

8. Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan laboratorium/radiologi/*spirometri*, dll sehubungan dengan penyakit tersebut?

Ya Tidak

Jika Ya, jelaskan kapan dan bagaimana hasilnya? (lampirkan hasil pemeriksaan tersebut)
.....

9. Apakah Anda pernah tidak masuk kerja karena penyakit tersebut?

Ya Tidak

Jika Ya, kapan terakhir dan berapa hari tidak masuk kerja?

10. Apakah dokter yang merawat telah menyatakan bahwa pengobatan sudah selesai atau Anda sudah dinyatakan sembuh?

Ya Tidak

Jika Ya, kapan (tanggal/bulan/tahun)

KUESIONER SALURAN PERNAPASAN (Diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung :

No. SPA/Polis : /

11. Apakah Anda merokok?

Ya Tidak

Jika Ya, berapa batang per hari?

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.