

**KUESIONER KELENJAR TIROID**  
(Diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung : .....

No. SPA/Polis : ..... / .....

Pengajuan Baru       Pemulihan/Perubahan Polis

1. Apakah keluhan/diagnosis penyakit Anda?

Benjolan di Leher       Hipotiroid  
 Hipertiroid       Lainnya (sebutkan) .....

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

3. Apa saja gejala yang Anda rasakan?

a. Jantung berdebar – debar	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	h. Napas pendek	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
b. Tremor	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	i. Sulit tidur	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
c. Mudah berkeringat	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	j. Mudah lelah	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
d. Berat badan turun	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	k. Berat badan naik	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
e. Tidak menstruasi	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	l. Susah berkonsentrasi	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
f. Gelisah & Mudah marah	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	m. Sensitif terhadap dingin	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
g. Mata membesar	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	n. Kulit dan rambut kering	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

Lainnya (sebutkan) .....

4. Apakah anda pernah melakukan pengobatan rawat jalan atau rawat inap sehubungan penyakit diatas?

Ya       Tidak      Jika Ya, jelaskan sejak kapan? .....

Nama dan alamat dokter yang merawat? (lampirkan resume medis)

Pengobatan Lainnya, Jelaskan .....

5. Apakah Anda saat ini masih minum obat sehubungan penyakit ini?

Ya, nama dan dosis obat? .....

Tidak, jelaskan sejak kapan berhenti minum obat? .....

6. Apakah benjolan di leher/di tiroid tersebut sudah dioperasi atau direncanakan akan dioperasi?

Tidak

Ya, jelaskan kapan, nama dokter, dan alamat rumah sakit? .....

7. Menurut dokter, benjolan di leher/di tiroid tersebut jinak atau ganas? (Lampirkan hasil patologi anatomi *post operasi*)

**KUESIONER KELENJAR TIROID**  
(Diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung : .....

No. SPA/Polis : ..... / .....

8. Bagaimana hasil tes fungsi tiroid Anda?

a. Tanggal: ..... T3: ..... T4: ..... TSH: .....

b. Tanggal: ..... T3: ..... T4: ..... TSH: .....

c. Pemeriksaan lainnya, 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.