

KUESIONER TUMOR / KISTA / BENJOLAN / KANKER
(Diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung :

No. SPA/Polis : /

Pengajuan Baru Pemulihan/Perubahan Polis

1. Apakah Keluhan / diagnosis penyakit Anda?

- Tumor Kista Benjolan
 Kanker Lainnya (sebutkan)

2. Dibagian tubuh manakah Tumor / Kista / Benjolan / Kanker tersebut?

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

4. Jika diketahui, mohon tuliskan diagnosa pasti sehubungan penyakit Anda?

5. Apakah Anda pernah berkonsultasi ke dokter atau rawat inap di rumah sakit sehubungan penyakit tersebut? Ya Tidak

Jika Ya, jelaskan sejak kapan?

Nama Dokter & Rumah Sakit?

Terapi dan Tindakan yang diberikan?

Pengobatan Lainnya, Jelaskan

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

- a. USG / Ultrasonography Ya Tidak
b. Mammography Ya Tidak
c. MRI / CT Scan Ya Tidak
d. Lainnya, Jelaskan?

e. Jika Ya, Jelaskan kapan dan bagaimana hasilnya?

7. 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)

8. Apakah Anda pernah menjalani pengobatan radioterapi atau kemoterapi sehubungan penyakit tersebut? Ya Tidak

Jika Ya, Jelaskan Kapan?

Nama Dokter & Rumah Sakit?

Lama Perawatan dan Berapa kali terapi?

9. Apakah Anda saat ini masih dalam perawatan lanjutan? Ya Tidak

Jika Ya, berapa kali dalam setahun?

Nama Dokter & Rumah Sakit?

Nama Obat yang masih rutin dikonsumsi?

KUESIONER TUMOR / KISTA / BENJOLAN / KANKER
(Diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung :

No. SPA/Polis : /

10. Kapan pengobatan terakhir sehubungan dengan benjolan / Tumor / Kanker dilakukan?(tanggal/bulan/tahun)
.....

11. Apakah Anda pernah menderita Tumor / Kanker / Kista yang sama sebelumnya? Ya Tidak

Jika Ya, Jelaskan?

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.