

PERTANYAAN TAMBAHAN PENYAKIT PARU
(Termasuk Asthma, Bronchitis, Emphysema, dll.)

NAMA TERTANGGUNG : _____

No. Permohonan : _____

1. Tuliskan Diagnosa Penyakit yang ANDA derita (jika ANDA mengetahuinya) !

2. Kapan pertama kali penyakit tersebut di Diagnosa ?

3. Apakah ANDA pernah melakukan pemeriksaan X-Ray (Rontgen Dada) atau pemeriksaan lainnya sehubungan dengan penyakit ANDA tersebut ? () YA () TIDAK

Jika "YA", mohon jelaskan mengenai jenis pemeriksaan, tanggal pemeriksaan serta hasilnya.

4. a. Jelaskan atau gambarkan gejala-gejala yang ANDA alami !

b. Seberapa sering gejala-gejala tersebut ANDA rasakan ? (dalam setahun)

c. Apakah gejala-gejala tersebut mengganggu tidur ANDA ? () YA () TIDAK

Jika "YA", seberapa sering dalam sebulan ?

d. Apakah ANDA mengetahui adanya faktor pencetus timbulnya gejala-gejala tersebut ?

(misalnya : terlalu capai, stress, alergi, dll) () YA () TIDAK

Jika "YA", jelaskan

e. Kapan terakhir kali gejala-gejala tersebut timbul ?

5. Jelaskan secara terperinci obat-obatan yang ANDA konsumsi, termasuk nama obat, dosis pemakaian, serta berapa sering penggunaannya. (termasuk obat makan, obat suntik, maupun inhaler)

a. Saat ini

b. Masa lalu / sebelumnya

c. Apakah ANDA pernah menggunakan obat-obatan mengandung Steroid ?
Jika "YA", jelaskan kapan dan jangka waktu pemakaiannya.

6. a. Sebutkan nama dan alamat dokter yang menangani penyakit ANDA ?

b. Seberapa seringkah ANDA kontrol ke Dokter sehubungan dengan penyakit ANDA ?

c. Kapan ANDA terakhir kontrol ke Dokter ?

7. Apakah ANDA merokok ?

() YA

() TIDAK

Jika "YA", berapa banyak perhari ?

8. Apakah ANDA pernah mengalami kehilangan waktu kerja (tidak dapat bekerja) yang berarti karena kondisi penyakit ANDA ini ?

() YA

() TIDAK

Jika "YA", berapa hari ?

* Jika Anda memiliki hasil pemeriksaan / fotocopy hasil laboratorium / X-ray / USG / Patologi anatomi, dll mohon sertakan.

Demikian Saya memberikan seluruh keterangan secara lengkap dan sebenarnya. Saya menyetujui bahwa formulir ini merupakan bagian dari Surat Pengajuan Asuransi Jiwa dan atau Kesehatan, dan apabila ternyata terdapat keterangan yang tidak sesuai fakta maka PT. Asuransi Jiwa Reliance Indonesia berhak membatalkan kontrak asuransi.

.....

(tempat & tanggal ditandatangani)

.....

(Nama jelas dan tanda tangan Tertanggung)