

PERTANYAAN TAMBAHAN – BATU SALURAN KEMIH (KENCING)

NAMA TERTANGGUNG : _____

No. Permohonan : _____

1. Kapan Anda menderita Batu Saluran Kemih / Kencing ?
(mohon tanggal, bulan, tahun)

2. Nama dokter yang menangani :

Alamat dokter / Rumah Sakit :

3. Apa diagnosa Dokter waktu itu ?

Menurut Dokter dimana letak Batu tersebut : *Ginjal / Kandung Kencing / Saluran Kencing*

4. Pengobatan yang diberikan dokter :

5. Jika dilakukan operasi / tindakan pengobatan (tembak dengan laser, dsb) :

Nama dokter bedah :

Tanggal operasi _____ Bulan _____ Tahun _____

Nama & Alamat Rumah Sakit tempat operasi :

Tindakan yang dilakukan dokter :

6. Konsultasi / kontrol selanjutnya untuk kesehatan ginjal, saluran kencing, organ sexual dalam atau luar, atau tekanan darah tinggi, jantung, kencing manis, atau lainnya ?

Tanggal, bulan, tahun	Nama dokter	Alamat dokter/ Rumah Sakit	Tekanan darah	Hasil pemeriksaan dokter	Pengobatan / operasi

7. Setelah operasi pertama, apakah pernah dilakukan operasi kedua ?

Nama & Alamat Dokter Bedah :

Nama & Alamat Rumah Sakit :

8. Bagaimana keadaan saat ini, apakah menurut Dokter Anda sudah sembuh kembali ?

Jika Anda memiliki hasil pemeriksaan / fotocopi hasil laboratorium / Rontgen / USG / BNO IVP / Patologi Anatomi, dll. Mohon sertakan bersama formulir ini.

Demikianlah Saya memberikan seluruh keterangan secara lengkap dan sebenarnya. Saya setuju bahwa formulir ini merupakan bagian dari Surat Pengajuan Asuransi Jiwa dan atau Kesehatan, dan jika ternyata terdapat keterangan yang tidak sesuai fakta maka PT. ASURANSI JIWA RELIANCE INDONESIA Unit Syariah membatalkan kontrak asuransi secara sepihak.

.....,
(tempat & tanggal ditandatangani)

.....
(Nama jelas dan tanda tangan Tertanggung)