

**PERTANYAAN TAMBAHAN - DIABETES**

**NAMA TERTANGGUNG** : \_\_\_\_\_

**No. Permohonan** : \_\_\_\_\_

1. Tinggi badan Anda saat ini : \_\_\_\_\_ cm Berat badan saat ini : \_\_\_\_\_ kg

2. Kapan Anda mengetahui bahwa Anda menderita Kencing Manis ? ( tgl,bln,thn )

\_\_\_\_\_

3. Nama dokter yang menangani :

\_\_\_\_\_

Alamat dokter / Rumah Sakit :

\_\_\_\_\_

4. Kapan terakhir konsultasi untuk Kencing Manis ? ( tgl, bln, thn )

\_\_\_\_\_

Nama & alamat dokter :

\_\_\_\_\_

5. Pengobatan yang diberikan Dokter :

a. Nama Obat-obat dan dosis per-hari :

\_\_\_\_\_

b. Suntikan Insulin : \_\_\_\_\_ unit / hari

c. Pengobatan yang Anda lakukan sejak 2 tahun lalu sampai kini ?

( ) Obat ( ) Insulin ( ) Tidak

6. Berapa kali Anda memeriksakan air seni atau gula darah Anda : \_\_\_\_\_ kali / tahun

**( Mohon sertakan seluruh hasil laboratorium yang Anda miliki )**

7. Kapan terakhir Anda memeriksakan air seni atau gula darah Anda :

\_\_\_\_\_

8. Pernahkah Anda mendapat gangguan penglihatan ? Jika YA, kapankah ?

\_\_\_\_\_

9. Pernahkah Anda mendapat gangguan peredaran darah pada tungkai / kaki (seperti kesemutan, rasa baal) ?

\_\_\_\_\_

10. Pernahkah Anda masuk / dirawat di rumah sakit / mendapat infus cairan ? ( ) YA ( ) TIDAK  
Jika YA, berikan nama, alamat dokter / rumah sakit & tgl, bln, thn terjadinya

\_\_\_\_\_

11. Apakah Anda mempunyai tekanan darah tinggi ? ( ) YA ( ) TIDAK  
Jika YA, berapa tekanan darah Anda ? \_\_\_\_\_ Tgl, bln, thn diketahui \_\_\_\_\_  
Nama & Alamat Dokter / Rumah Sakit ?  
\_\_\_\_\_

12. Apakah Anda mempunyai kadar kolesterol tinggi ? Jika YA, berapakah kadarnya ?  
\_\_\_\_\_

13. Pernahkah Anda merasakan nyeri dada / sesak napas / nyeri menjalar ke lengan ?  
\_\_\_\_\_

**\* Jika Anda memiliki hasil pemeriksaan / fotocopi hasil laboratorium / X-ray/ USG / patologi anatomi, mohon sertakan.**

**Demikianlah Saya memberikan seluruh keterangan secara lengkap dan sebenarnya. Saya setuju bahwa formulir ini menjadi 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 berhak membatalkan kontrak asuransi secara sepihak.**

..... , .....

( tempat & tanggal ditandatangani )

.....

( Nama jelas dan tanda tangan Tertanggung )