

NAMA TERTANGGUNG : _____

No. Permohonan : _____

1. Sebutkan Diagnosa/ Penyakit Anda!

Kapan pertama kali Anda mengetahui penyakit yang Anda derita tersebut ?

Apakah Anda pernah dirawat inap di Rumah Sakit karena penyakit yang Anda derita tersebut ?, Jika "Ya", mohon tuliskan kapan, dimana dan siapa Dokter yang merawat !

2. Apakah penyakit / gejala yang Anda derita muncul berulang kali ? () Ya () Tidak
Jika "Ya", mohon sebutkan berapa kali dalam setahun dan dalam selang waktu berapa lama ?

3. Apakah ada Batu yang terbentuk (pada Ginjal, Kandung Kemih, Saluran Kemih Bagian Bawah ?
() Ya () Tidak

Jika "Ya", mohon jelaskan apakah sudah Batu tersebut sudah diangkat, sebutkan cara pengangkatannya (misal dengan operasi, laser dsb)?

3. Apakah Ginjal Anda mengalami gangguan ? () Ya () Tidak
Jika "Ya", mohon berikan penjelasan secara detil !

4. Apakah Anda masih merasakan adanya gejala-gejala sehubungan dengan sakit yang Anda derita ?
() Ya () Tidak

Jika "Ya", mohon jelaskan gejalanya (misalnya Colic/Sakit perut yang amat sangat,dsb), serta seberapa sering gejala tersebut Anda rasakan !

5. Kapan Anda terakhir kali memeriksakan Tekanan Darah Anda dan berapa Tekanan Darah Anda saat itu?

6. Apakah Anda pernah dianjurkan atau saat ini masih melakukan konsultasi rutin pemeriksaan laboratorium rutin (pemeriksaan Urine, foto misalnya) ? ()Ya ()Tidak

Jika “Ya”, mohon tuliskan, nama dan alamat dokter, kapan konsultasi terakhir, dan hasil dari pemeriksaan laboratoriumnya !

a. Apakah Anda masih mengonsumsi obat-obatan ? ()Ya ()Tidak

Jika “YA”, mohon tuliskan nama dan jenis obat serta dosis dan lama pemakaiannya !

b. Apakah Anda mengetahui penyebab dari sakit yang Anda derita tersebut ? ()Ya ()Tidak

Jika “Ya”, mohon jelaskan !

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

Demikianlah 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)