

KUESIONER LIFE STYLE
(dilengkapi oleh calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung : _____ No. SPAJ : _____

Sebagai : ☐ Calon Tertanggung Utama ☐ Calon Tertanggung Asuransi Tambahan

Pernyataan Anda dalam kuesioner ini bersifat Rahasia (confidential).

No.	Pertanyaan	Penjelasan (berikan dengan rinci)
1	Apakah Anda termasuk dalam kelompok orang yang berisiko tinggi terkena AIDS seperti di bawah ini? a) Pria Homoseksual b) Bisexual c) Memiliki pasangan yang termasuk dalam kelompok tersebut di atas ?	Jika “Ya”, sebutkan salah satu dari kelompok tersebut :
2	Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan Anti HIV?	Jika “Ya”, jelaskan : Jenis pemeriksaan/gejala yang dirasakan: Kapan pemeriksaan dilakukan : Nama & alamat tempat dilakukan pemeriksaan : Bagaimana hasil pemeriksaannya
3	Apakah Anda pernah dalam waktu 3 (tiga) bulan terakhir menderita gejala-gejala seperti : kelelahan, kehilangan berat badan, diare, pembesaran kelenjar atau luka yang tidak biasa pada kulit yang terjadi selama lebih dari 1 (satu) minggu berturut-turut.	Jika “Ya”, jelaskan : gejala yang dirasakan : Sejak kapan gejala tersebut mulai dirasakan :
4	Apakah Anda atau pasangan anda pernah menerima nasihat medis, berkonsultasi atau mendapatkan pengobatan yang berhubungan dengan Penyakit Menular Sexual termasuk Syphilis atau Gonorrhea, AIDS, AIDS Related Complex atau keadaan lainnya yang berhubungan dengan AIDS.	Jika “Ya”, jelaskan : Tindakan medis/obat yang diberikan: Kapan pertama kali Diagnosa ditegakkan : Nama & alamat Rumah Sakit/Klinik/Dokter pemeriksa :: Bagaimana kondisi pada saat itu Bagaimana kondisi sekarang
5	Apakah Anda pernah atau saat ini mengkonsumsi obat-obatan terlarang atau pernah menggunakan narkotik ?	Jika “Ya” jelaskan : Jenis obat yang digunakan Sejak kapan mengkonsumsi Kapan berhenti mengkonsumsi :

Saya menyatakan bahwa jawaban/penjelasan yang Saya berikan dalam formulir ini, adalah lengkap dan benar serta tidak ada hal material yang disembunyikan.

Saya mengerti dan menyetujui bahwa formulir ini adalah bagian dari SPAJ yang saya ajukan dan apabila keterangan yang Saya berikan dalam formulir ini tidak benar maka dapat mengakibatkan batalnya Polis.

Tempat & Tanggal : _____

Nama lengkap dan tanda tangan Calon Tertanggung