

Kuesioner Riwayat Penyakit

Nama Calon Pemegang Polis : _____
Nama Calon Tertanggung : _____
Nomor SPAJ/Polis : _____

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Keluhan/gangguan apakah yang timbul sehubungan dengan penyakit tersebut.	
2	Kapan pertama kali keluhan/gangguan tersebut timbul. (dd/mm/yy)	
3	Apakah keluhan tersebut pernah berulang. a. Kapan keluhan terakhir terjadi. b. Seberapa sering keluhan terjadi sampai saat ini.	Ya a. b. Tidak
4	Pernahkah Anda berkonsultasi/berobat ke dokter sehubungan dengan keluhan/gangguan penyakit tersebut.. Bila "Ya" mohon disebutkan nama dan alamat dokter.	Ya Tidak
5	Apakah pernah dilakukan pemeriksaan medis sehubungan dengan penyakit/keluhan tersebut (misalnya pemeriksaan darah, air seni, photo rontgen, USG, ECG, CT Scan, dll. Bila "Ya" mohon diberikan penjelasan mengenai: a. Jenis pemeriksaan. b. Tanggal dilakukan pemeriksaan. c. Hasil pemeriksaan (copy hasil pemeriksaan mohon dilampirkan).	Ya a. b. (dd/mm/yy) c. Tidak
6	Apakah pernah mendapatkan pengobatan sehubungan dengan penyakit/keluhan tersebut. Bila "Ya" mohon diberikan penjelasan mengenai: a. Jenis pengobatan. b. Frekuensi dan dosis.	Ya a. b. Tidak
7	Apakah pengobatan tersebut masih berlanjut sampai sekarang. Bila "Tidak" mohon diberikan penjelasan mengenai: a. Kapan pengobatan dihentikan. b. Alasan pengobatan dihentikan.	Ya Tidak a. (dd/mm/yy) b.
8	Apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit sehubungan dengan penyakit/keluhan tersebut. Bila "Ya" mohon diberikan penjelasan mengenai: a. Tanggal rawat inap. b. Nama dan alamat Rs. c. Lama perawatan.	Ya a. (dd/mm/yy) b. c. Tidak

9	Apakah pernah dilakukan operasi sehubungan dengan penyakit/keluhan tersebut. Bila "Ya" mohon diberikan penjelasan mengenai: a. Tanggal operasi dilakukan. b. Nama dan alamat Rs. c. Hasil Patologi Anatomi (mohon copy hasil Patologi Anatomi dilampirkan).	Ya a. (dd/mm/yy) b. c. Tidak
10	Bagaimana keadaan/kondisi fisik Anda sekarang.	

Dengan ini saya menyatakan bahwa keterangan tersebut di atas telah diisi dengan lengkap dan benar. Saya juga menyetujui dan menyadari sepenuhnya bahwa keterangan tersebut di atas merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari permohonan pertanggungan jiwa saya.

Ditandatangani di : _____ Tanggal : ____ / ____ / ____	Calon Tertanggung	Calon Pemegang Polis
_____ Nama Lengkap dan Tanda Tangan		_____ Nama Lengkap dan Tanda Tangan