

PERTANYAAN TAMBAHAN UNTUK DIABETES (Diisi oleh Calon Tertanggung)

PEMBERITAHUAN

* Bila kolom penjelasan tidak cukup, mohon memberikan penjelasan pada kertas lain

Nama Calon Tertanggung :

Tgl lahir :

 - -

Tanggal

Bulan

Tahun

1. Mohon sebutkan tanggal saat dinyatakan menderita diabetes - -

Tgl Bln Thn

2. Mohon sebutkan nama dan alamat dokter yang rutin dikunjungi sehubungan dengan diabetes serta tanggal konsultasi yang pernah dilakukan.

Nama Dokter: _____

Alamat: _____

Tanggal: _____

3. Sebutkan nama obat / suntikan insulin yang diberikan dokter _____

4. Mohon sebutkan tanggal dan hasil dari pemeriksaan kesehatan sehubungan dengan diabetes yang pernah dilakukan.

- Tes kadar gula dalam urine
- Gula darah puasa
- HbA1c
- Pemeriksaan darah lainnya (lemak darah, fungsi ginjal, dll)
- Pemeriksaan lainnya _____
- Tidak melakukan pemeriksaan

Tanggal	Hasil

Mohon lampirkan foto copy hasil pemeriksaan tersebut

5. Apakah disertai komplikasi organ lain sebagai berikut? Bila ada.

- Gangguan ginjal/abnormal hasil pemeriksaan urine
(seperti terdapat darah/protein/glukosa/dll dalam urine)
- Jantung, otak atau gangguan sirkulasi darah
- Hipertensi
- Peningkatan kolesterol
- Gangguan mata
- Tidak ada

6. Apakah pernah dinyatakan bahwa diabetes yang diderita disebabkan oleh penyakit lain seperti hipertensi gangguan jantung dan gangguan ginjal?

- Ya, mohon jelaskan _____
- Tidak

7. Apakah pernah dirawat sehubungan dengan diabetes

Ya, mohon sebutkan nama dan alamat Dokter serta tanggal konsultasi yang pernah dilakukan.

Nama Dokter: _____

Alamat: _____

Tanggal: _____

Lama perawatan (hari): _____

Tidak

PERNYATAAN CALON TERTANGGUNG

Dengan ini saya menyatakan bahwa semua pernyataan dan jawaban di atas adalah benar, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas tidak benar, maka Penanggung berhak untuk membatalkan kontrak asuransi jiwa ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan Premi, membayar klaim manfaat asuransi serta ganti rugi apapun. Seluruh informasi yang saya berikan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.

Tertanggung

(_____)

Nama Jelas

Tempat : _____

Tanggal : ____/____/____