

PERTANYAAN TAMBAHAN UNTUK HIPERTENSI (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. Kapan pertama kali kenaikan tekanan darah diketahui?

Tanggal/bulan/tahun: _____ Tekanan Darah saat itu: _____

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

Nama Dokter: _____

Alamat: _____

Tanggal: _____ (tgl/bln/thn)

3. Mohon sebutkan tekanan darah 3 pengukuran terakhir.

Tanggal (tgl/bln/thn) _____ Tekanan Darah _____

4. Apakah dilakukan pemeriksaan kesehatan lainnya sehubungan dengan tekanan darah tinggi?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kolesterol/tes lemak darah | <input type="checkbox"/> Echocardiogram | <input type="checkbox"/> Lainnya _____ |
| <input type="checkbox"/> EKG/Treadmill Test | <input type="checkbox"/> Tes Urine atau tes fungsi ginjal | <input type="checkbox"/> Tidak melakukan pemeriksaan |

5. Apakah disertai komplikasi organ lain sebagai berikut?

- Gangguan Ginjal/abnormal hasil pemeriksaan urine (seperti terdapat darah/protein/glukosa/dll dalam urine)
- Jantung, otak, atau gangguan sirkulasi darah
- Kolesterol tinggi
- Gangguan mata
- Tidak ada

Mohon jelaskan secara detail.

6. Apakah pernah dinyatakan bahwa tekanan darah tinggi yang diderita disebabkan oleh penyakit lain seperti diabetes, gangguan jantung dan gangguan ginjal?

- Ya, Jelaskan _____
- Tidak

7. Apakah pernah dirawat sehubungan dengan tekanan darah tinggi?

- Ya, mohon sebutkan nama dokter dan rumah sakit serta tanggal saat dirawat
- Nama dan alamat dokter/Rumah Sakit _____
- 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 : ____/____/____