

**KUESIONER KENCING MANIS / DIABETES**

(Bila dalam pengawasan dokter, diisi oleh dokter yang merawat)  
(Bila tidak ada dokter yang merawat, diisi oleh Calon Tertanggung)

2 Lembar

Nama Calon Tertanggung: .....

No. SPA/Polis : ..... / .....

Pengajuan Baru  Pemulihan/Perubahan Polis

1. Sejak kapan Anda/Pasien menderita Kencing Manis? (tanggal/bulan/tahun) .....

2. Nama dan alamat dokter yang merawat? .....

3. Pengobatan dengan:

a. Suntikan apa? ..... unit per hari : .....

b. Makan obat apa? ..... dosis per hari : .....

c. Pengobatan Lainnya, Jelaskan .....

4. Berapa kali Anda/pasien konsultasi ke dokter dalam setahun? .....

5. Kapan Anda/pasien berkonsultasi yang terakhir kali? .....

6. Hasil pemeriksaan gula darah dan HbA1c:

a. Tanggal: ..... Gula Darah Puasa: ..... HbA1c: .....

b. Tanggal: ..... Gula Darah Puasa: ..... HbA1c: .....

7. a. Sebutkan tanggal pemeriksaan urin yang terakhir? .....

b. Apakah ada protein dalam urine?

Ya

Tidak.

Jika Ya, jelaskan jumlahnya? .....

8. Apakah Anda/Pasien pernah tidak sadarkan diri akibat Kencing Manis (*Koma Diabetikum*)?

Ya

Tidak

Jika Ya, Jelaskan kapan (tanggal/bulan/tahun), berapa lama tidak sadarkan diri, nama rumah sakit tempat perawatan?  
.....

9. Apakah ada riwayat (Jika Ya, berikan penjelasan mengenai tanggal, nama dan alamat dokter yang merawat)

a. *Retinopathy* atau gangguan mata?  Ya  Tidak .....

b. *Neuropathy* atau gangguan Saraf?  Ya  Tidak .....

c. Serangan Jantung?  Ya  Tidak .....

d. Tekanan Darah Tinggi?  Ya  Tidak .....

e. Stroke / TIA?  Ya  Tidak .....

f. *Gangrene*/Jaringan tubuh yang mati?  Ya  Tidak .....

g. Lainnya jelaskan .....

### KUESIONER KENCING MANIS / DIABETES

(Bila dalam pengawasan dokter, diisi oleh dokter yang merawat)  
(Bila tidak ada dokter yang merawat, diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung: .....

No. SPA/Polis : ..... / .....

10. Apakah Anda/pasien merokok?

Ya

Tidak

Jika Ya, berapa batang per hari? .....

Informasi tambahan yang ingin disampaikan sehubungan penyakit Anda/pasien?

.....

#### PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Saya telah mengisi dan memberikan seluruh keterangan secara lengkap dan sebenarnya. Saya menyetujui bahwa formulir ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Surat Pengajuan Asuransi Jiwa atas nama Saya. Apabila ternyata terdapat keterangan yang tidak sesuai dengan keadaan sebenarnya maka PT Asuransi Jiwa Sequis Life berhak membatalkan atau tidak menerima permohonan kontrak asuransi ini.

Jika diisi oleh dokter, harap dilengkapi dengan:

Tanggal pengisian:

Nama dokter:

Alamat lengkap:

Tanda tangan & cap dokter:

#### PERNYATAAN KHUSUS DOKTER :

Saya telah mengisi dan memberikan seluruh keterangan secara lengkap dan sebenarnya, dengan tetap menjunjung kode etik kedokteran dan peraturan yang berlaku atas profesi saya sebagai dokter.

Ditandatangani di:

Tanggal/bulan/tahun pengisian:

.....  
(Nama Lengkap dan Tanda Tangan Calon Tertanggung)

- ▶ Jika Calon Tertanggung berusia kurang dari 18 tahun, kuesioner harus ditandatangani oleh orangtua/wali.
- ▶ Orangtua/wali adalah yang sama bertandatangan di SPA.