

## KUESIONER KELAINAN KELENJAR GONDOK (TIROID)

Perlu diperhatikan:

1. Wajib diisi oleh (Calon) Pemegang Polis dan/atau (Calon) Tertanggung dengan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberi tanda (√) pada kotak sesuai pilihan.
2. Wajib menandatangani setiap koreksi penulisan (jika ada).
3. Penulisan tanggal selalu mempergunakan format Tanggal-Bulan-Tahun.
4. Apabila diperlukan lembar tambahan, dapat mempergunakan Formulir Pernyataan/Amandemen Untuk SPAJ & Pengajuan Pelayanan Polis yang diisi dan ditandatangani oleh (Calon) Pemegang Polis, (Calon) Tertanggung dan Tenaga Penjual.
5. Apabila telah diisi lengkap oleh (Calon) Pemegang Polis dan/atau (Calon) Tertanggung wajib diserahkan ke Kantor Pusat PT Asuransi Jiwa BCA ("Penanggung").

### I. DATA (CALON) TERTANGGUNG

1. Nomor Surat Pengajuan Asuransi Jiwa: (SPAJ)/Polis Asuransi:
2. Nama Lengkap (Calon) Tertanggung: (sesuai dengan KTP/Paspor):
3. Tempat, Tanggal lahir (Calon) Tertanggung: ,  /  /

### II. WAJIB DILENGKAPI (CALON) TERTANGGUNG

1. Kapan pertama kali Anda mendapatkan gangguan pada kelenjar gondok (tiroid)?  /  /
2. Apa diagnosa Dokter untuk gangguan kelenjar gondok (tiroid) Anda?
 

<input type="checkbox"/> Hipertiroidisme	<input type="checkbox"/> Hipotiroidisme	<input type="checkbox"/> Tiroiditis
<input type="checkbox"/> Penyakit Hashimoto	<input type="checkbox"/> Goiter	<input type="checkbox"/> Penyakit Grave
<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan .....		

3. Mohon melengkapi pada kolom di bawah ini dengan data Dokter dan tempat Anda konsultasi?

Tanggal terakhir konsultasi:  /  /

Nama Lengkap Dokter:

No. Telepon/Handphone:

Nama Klinik/Rumah Sakit:

Alamat Klinik/Rumah Sakit:

4. Apakah Anda pernah atau saat ini sedang mengkonsumsi obat sehubungan kelainan kelenjar gondok (tiroid)?

Ya     Tidak    (Jika "Ya", mohon mengisi kolom di bawah ini).

Tanggal Berobat	Nama Obat	Dosis	Frekuensi

	Tanggal	Keterangan
Kapan pengobatan dimulai		
Kapan pengobatan dihentikan		

Mohon jelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini alasan pengobatan dihentikan.

Mohon jelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini jika ada pengobatan lainnya.

**5.** Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan medis sehubungan kelainan kelenjar gondok (tiroid)?

Ya     Tidak    (Jika "Ya", mohon melengkapi hasil pemeriksaan pada kolom di bawah ini).

Jenis Pemeriksaan	Tanggal	Hasil
T3		
T4		
TSH		
ECG		
Biopsi		
Scan /MRI /USG		

**6.** Apakah Anda pernah dioperasi atau dianjurkan operasi untuk kelainan ini?

Ya     Tidak

Jika "Ya", mohon berikan tanggal operasi:     /  /

Lama perawatan di Rumah Sakit:     Hari

Jenis Operasi:

Nama Lengkap Dokter:

No. Telepon /Handphone:

Nama Klinik/Rumah Sakit:

Alamat Klinik/Rumah Sakit:

Mohon melampirkan hasil Patologi Anatomi operasi tersebut

Ada     Tidak

Jika "Tidak", mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini.

Menurut Dokter Anda, bagaimana hasil Patologi Anatomi tersebut?

Jinak     Ganas     Lainnya, sebutkan .....

**7.** Apakah ada pengobatan atau tindakan yang dilakukan setelah operasi?

Ya     Tidak

Jika "Ya", mohon menjelaskan secara rinci (nama obat, dosis dan frekuensi penggunaannya) pada kolom di bawah ini.

	Ya	Tidak	Keterangan
Obat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Radioterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Kemoterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

**8.** Mohon Anda memberikan informasi tambahan lain yang menurut Anda penting mungkin dapat membantu proses pengajuan asuransi ini dengan melengkapi kolom di bawah ini.

### PERNYATAAN DAN KUASA

1. Saya/Kami menyatakan bahwa Saya/Kami telah memahami dan menyetujui untuk mengisi secara lengkap dan benar semua informasi dalam Kuesioner Gangguan Kelenjar Gondok (Tiroid) ini sesuai dengan keadaan sebenarnya sebagai bagian dari kontrak asuransi Jiwa /Kesehatan/Kecelakaan.
2. Saya memberi kuasa kepada setiap Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan Saya, untuk mengungkapkan kepada Penanggung mengenai semua keterangan tentang catatan riwayat kesehatan Saya.
3. Kuasa ini merupakan hal yang tidak terpisahkan dari SPAJ dan akan mengikat Saya, Penerima Manfaat/Ahli Waris, dan keluarga Saya (jika ada).
4. Kuasa ini tetap berlaku pada waktu Saya masih hidup maupun sesudah Saya meninggal dunia. Salinan/fotokopi dari surat kuasa ini sama sah berlakunya seperti dokumen asli.
5. Apabila informasi tersebut yang Saya/Kami berikan tidak benar, maka Penanggung berhak membatalkan Polis Saya/Kami sejak awal.

Ditandatangani:

Tanggal:

 /  / 

( )

Nama Lengkap & Tanda tangan  
(Calon) Pemegang Polis

( )

Nama Lengkap & Tanda tangan  
(Calon) Tertanggung

( )

Nama Lengkap & Tanda tangan  
Tenaga Penjual