

KUESIONER NYERI DADA

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 merasakan nyeri dada? / /
2. Berapa lama serangan tersebut berlangsung? Detik / Menit / Jam
3. Apakah ada serangan lanjutan sesudahnya? Ya Tidak
Tanggal serangan terakhir: / /
Berapa lama serangan tersebut berlangsung? Detik / Menit / Jam
Hingga saat ini serangan sudah terjadi sebanyak: Kali
4. Kapan terakhir kali nyeri dada terjadi? / /
5. Bagaimana sifat nyeri dada yang Anda rasakan?
 Sesak Nafas Dada terasa diremas Dada terasa tertekan Dada terasa panas
 Dada terasa berat Dada terasa ditusuk-tusuk Samar-samar, tidak nyaman
 Lainnya, sebutkan
6. Dimanakah letak nyeri dada tersebut?
 Di sisi kanan dada Di tengah dada
 Di sisi kiri dada Di bagian lain dari dada, sebutkan:
7. Apakah nyeri dada tersebut menjalar?
 Ke bahu Ke lengan
 Ke rahang Ke perut
 Ke punggung Di bagian lain, sebutkan:

8. Bagaimana terjadinya nyeri dada tersebut?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mendadak | <input type="checkbox"/> Bertahap |
| <input type="checkbox"/> Di waktu istirahat | <input type="checkbox"/> Hanya pada postur tertentu |
| <input type="checkbox"/> Hanya pada istirahat sehabis olahraga | <input type="checkbox"/> Diperburuk dengan tarik nafas dalam |
| <input type="checkbox"/> Lain-lain, sebutkan: | |

9. Kondisi bagaimana yang memperburuk nyeri dada?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kelelahan/emosi | <input type="checkbox"/> Tekanan pada dada |
| <input type="checkbox"/> Batuk menghirup nafas dalam | <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan: |

10. Kondisi bagaimana yang mengurangi nyeri dada?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Istirahat | <input type="checkbox"/> Minum susu |
| <input type="checkbox"/> Minum obat maag | <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan: |
| <input type="checkbox"/> Setelah minum obat (Jelaskan secara rinci nama obat, dosis dan frekuensi penggunaannya pada kolom di bawah ini). | |

11. Apakah keluhan nyeri dada tersebut pernah dikonsultasikan ke Dokter? Ya Tidak

Jika "Ya", mohon berikan alasannya:

Tanggal terakhir konsultasi:

 /
 /

Diagnosa:

Nama Lengkap Dokter:

No. Telepon/Handphone:

Nama Klinik/Rumah Sakit:

Alamat Klinik/Rumah Sakit:

12. Apakah ada pengobatan yang diberikan sehubungan nyeri dada? Ya Tidak

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

13. Apakah pernah melakukan pemeriksaan sebagai berikut? Ya Tidak

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> EKG/ ECG | <input type="checkbox"/> Rontgen dada | <input type="checkbox"/> Echocardiogram | <input type="checkbox"/> Treadmill | <input type="checkbox"/> Laboratorium |
| <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan | | | | |

Jika "Ya", mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini (Kapan dan bagaimana hasilnya serta melampirkan fotokopi hasil pemeriksaan).

14. Apakah Anda pernah tidak masuk kerja dalam jangka waktu lama karena kondisi ini ? Ya Tidak

Jika "Ya", kapan: / / Dan berapa lama? Hari

15. 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 Nyeri Dada 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