

KUESIONER PASCA INFEKSI CORONAVIRUS (COVID - 19)

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. Apakah Anda saat ini dalam kondisi sehat? Ya Tidak
Jika "TIDAK", mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini.
2. Mohon informasikan kapan Anda terdiagnosa positif COVID - 19 (Infeksi Coronavirus) :
Mohon sebutkan tanggal terdiagnosa COVID - 19 (positif COVID - 19) : / /
(dd) (mm) (yyyy)
3. Manakah diantara gejala dibawah ini yang Anda alami selama terdiagnosa COVID - 19? (pilihan boleh lebih dari satu) :

<input type="checkbox"/> Batuk	<input type="checkbox"/> Hilang penciuman / perasa
<input type="checkbox"/> Demam	<input type="checkbox"/> Myalgia (nyeri otot atau sendi)
<input type="checkbox"/> Kelelahan / lemas	<input type="checkbox"/> Ruam pada kulit / perubahan warna jari tangan/kaki
<input type="checkbox"/> Nyeri tenggorokan	<input type="checkbox"/> Kehilangan kemampuan berbicara maupun bergerak (kelumpuhan)
<input type="checkbox"/> Diare	<input type="checkbox"/> Nyeri dada atau dada terasa seperti tertekan
<input type="checkbox"/> Sakit kepala	<input type="checkbox"/> Tidak ada keluhan (tanpa gejala)
<input type="checkbox"/> Sesak nafas	<input type="checkbox"/> Lainnya (sebutkan) _____
<input type="checkbox"/> Konjunctivitis (mata merah)	

4. Apakah Anda pernah dirawat inap di rumah sakit terkait diagnosa COVID - 19 tersebut? Ya Tidak

Jika "Ya", mohon melengkapi pertanyaan tambahan dibawah ini :

a. Tanggal pertama dilakukan rawat inap

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(dd)		(mm)		(yyyy)			

b. Tanggal selesai dilakukan rawat inap

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(dd)		(mm)		(yyyy)			

c. Jangka waktu perawatan rawat inap

Hari	
------	--

5. Apakah pernah dilakukan perawatan di *Intensive Care Unit* (ICU)? Ya Tidak

Jika "Ya", mohon melengkapi pertanyaan tambahan dibawah ini

a. Tanggal pertama dilakukan perawatan di ICU

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(dd)		(mm)		(yyyy)			

b. Tanggal selesai dilakukan perawatan di ICU

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(dd)		(mm)		(yyyy)			

c. Jangka waktu perawatan di ICU

Hari	
------	--

6. Apa saja terapi/tindakan/pengobatan yang diterima selama terdiagnosa COVID - 19? (pilihan boleh lebih dari satu)

- Tidak ada terapi
- Terapi oksigen selang hidung (tanpa alat bantu pernafasan lain seperti oksigen tekanan tinggi/high flow nasal oxygen)
- Ventilator / alat bantu pernafasan (contoh : *high-flow nasal oxygen*, CPAP, BiPAP, *helmet ventilation*, dll)
- Dialisis / cuci darah
- Pengobatan. Mohon sebutkan (nama obat dan/atau vitamin beserta dosisnya (jika ingat) : _____
- Operasi. Mohon penjelasan jenis operasinya : _____
- Lainnya. Mohon penjelasan : _____

7. Apakah terdapat komplikasi dan/atau gejala sisa selama dan/atau setelah terdiagnosa COVID - 19? Ya Tidak

Jika "Ya", mohon memilih pernyataan dibawah ini (pilihan boleh lebih dari satu) :

Komplikasi terhadap salah satu atau lebih organ dibawah ini :

Paru – paru (penyakit paru-paru seperti : radang paru (pneumonia), gagal nafas, dll)

Jantung (penyumbatan jantung, radang otot jantung, gagal jantung, dll)

Ginjal (gagal ginjal, dll)

Stroke

Hipertensi (baru terdiagnosa setelah terinfeksi COVID - 19)

Diabetes Melitus (baru terdiagnosa setelah terinfeksi COVID - 19)

Gangguan syaraf (seperti : sulit konsentrasi, hilang ingatan, kejang, dll)

Shock Septik

Lainnya. Mohon dijelaskan : _____

Jika Anda mengalami salah satu atau lebih komplikasi organ diatas mohon agar dijelaskan pada kolom dibawah ini:

8. Apakah Anda pernah/sedang mengalami gangguan kesehatan mental selama dan/atau setelah terdiagnosa COVID - 19? Ya Tidak

Jika "YA", mohon penjelasan apakah termasuk dibawah ini (pilihan boleh lebih dari satu) :

- Kecemasan (Anxiety)
- Depresi
- Tidak bersemangat
- Psikosis (gangguan mental berat)
- Lainnya. Mohon penjelasan : _____

Jika Anda mengalami salah satu atau lebih gangguan Kesehatan mental diatas mohon agar dijelaskan pada kolom dibawah ini:

9. Apakah saat ini Anda sudah sembuh dari infeksi COVID - 19?

YA. Tanggal dinyatakan sembuh (negative test COVID - 19 dan tidak ada gejala sisa) :

		/			/				
(dd)			(mm)			(yyyy)			

TIDAK. Mohon menjawab pertanyaan dibawah ini :

a. Mohon jabarkan keluhan yang saat ini masih dirasakan :

b. Apakah masih menjalani/mendapatkan terapi COVID - 19?

- Tidak
- Ya. Mohon penjelasan jenis terapi/pengobatan :

10. Mohon melengkapi kolom di bawah ini dengan nama dan alamat lengkap dokter yang merawat sehubungan infeksi COVID - 19 :

Nama Lengkap Dokter :	
Nama Klinik/Rumah Sakit :	
Alamat Dokter :	

11. 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 Pasca Infeksi Coronavirus (Covid-19) 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