

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 dapat mempergunakan lembar terpisah pada kertas HVS A4 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?

<input type="checkbox"/> Sesak Nafas	<input type="checkbox"/> Dada terasa diremas	<input type="checkbox"/> Dada terasa tertekan	<input type="checkbox"/> Dada terasa panas
<input type="checkbox"/> Dada terasa berat	<input type="checkbox"/> Dada terasa ditusuk-tusuk	<input type="checkbox"/> Samar-samar, tidak nyaman	
<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan			

6. Dimanakah letak nyeri dada tersebut?

<input type="checkbox"/> Di sisi kanan dada	<input type="checkbox"/> Di tengah dada
<input type="checkbox"/> Di sisi kiri dada	<input type="checkbox"/> Di bagian lain dari dada, sebutkan:

7. Apakah nyeri dada tersebut menjalar?

<input type="checkbox"/> Ke bahu	<input type="checkbox"/> Ke lengan
<input type="checkbox"/> Ke rahang	<input type="checkbox"/> Ke perut
<input type="checkbox"/> Ke punggung	<input type="checkbox"/> 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



Di bagian lain dari dada, sebutkan:

9. Kondisi bagaimana yang memperburuk nyeri dada?

Kelelahan/emosi

Tekanan pada dada

Batuk menghirup nafas dalam

Lainnya, sebutkan :
.....

10. Kondisi bagaimana yang mengurangi nyeri dada?

Istirahat

Minum susu

Minum obat maag

Lainnya, sebutkan :
.....

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

EKG/ ECG

Rontgen dada

Echocardiogram

Treadmill

Laboratorium

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