

Nomor SPAJ/K:

DAFTAR PERTANYAAN TENTANG ASMA

Nama Pemegang Polis :	Nama Calon Tertanggung/Peserta : Tanggal Lahir :
-----------------------	---

1. Kapan Anda pertama kali menderita Asma?
2. Berapa kali Asma kambuh dalam setahun?
3. Kapan serangan terakhir?
4. Apakah kambuhnya musiman?
5. Bagaimana beratnya setiap kali serangan?
6. Berapa lama setiap serangan berakhir?
7. Apakah pernah dirawat di Rumah Sakit karena Asma?
8. Berapa lama anda tidak masuk kerja akibat serangan Asma?
9. Apakah ada bunyi mengi atau sesak nafas jika tidak dalam serangan?
10. Apakah anda pernah berganti pekerjaan atau pindah tempat tinggal karena Asma?
11. Apakah penyakitnya bertambah berat atau ringan?
12. Apa penyebab timbulnya Asma?
13. Apa pengobatan
 - a. pada waktu serangan?
 - b. jika tidak dalam serangan?
 - c. untuk desensitisasi ?
14. Nama dan alamat dokter yang mengobati:
15. Apakah ada komplikasi akibat Asma? (misalnya Pneumonia/Radang Paru-paru, Emfisema, batuk-batuk, banyak reak, Sinusitis/Radang Rongga sekitar hidung)
16. Apakah ada penyakit alergi yang lain? (misalnya Atopic Dermatitis/Eksim Atopik, Alergic Rhinitis/Radang selaput lendir hidung akibat alergi)

Saya telah membaca pertanyaan-pertanyaan di atas dan menjawab dengan lengkap dan benar. Saya memahami bahwa ini akan merupakan bagian yang tak terpisahkan dari aplikasi asuransi jiwa/kesehatan diri saya kepada **PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia**.

Ditandatangani di _____ Tanggal _____

Jika diisi oleh dokter, harap dilengkapi dengan :

Nama dokter :

Alamat lengkap :

Tanda tangan & cap dokter :

Tanda tangan
Calon Tertanggung/Peserta