

Nomor SPAJ/K:

DAFTAR PERTANYAAN TENTANG KENCING MANIS

Nama Pemegang Polis :

Nama Calon Tertanggung/Peserta :

Tanggal Lahir :

1. Kapan Anda pertama kali menderita Kencing Manis ?

2. Pengobatan dengan
a. suntikan apa? _____ unit per hari : _____
b. makan obat apa? _____ dosis per hari : _____

3. Nama dan alamat Dokter yang merawat:

4. Berapa kali Anda konsultasi dokter Anda dalam setahun?

5. Kapan Anda konsultasi yang terakhir kali?

6. Apakah Anda alergi terhadap insulin? Ya Tidak
Jika "Ya", beri penjelasan mengenai tanggal, lama dan keadaannya.7. Apakah Anda pernah tidak sadarkan diri akibat Kencing Manis (*Koma Diabetikum*) ? Ya Tidak
Jika "Ya", beri penjelasan mengenai tanggal, lama dan keadaannya.

8. Hasil pemeriksaan gula darah :

a. Tanggal : _____ Puasa : _____ 2 jam setelah makan : _____
b. Tanggal : _____ Puasa : _____ 2 jam setelah makan : _____

9. Berapa kali Anda periksa air seni dalam sebulan dan bagaimana hasilnya?

10. Apakah ada riwayat (Jika "Ya", berikan penjelasan mengenai tanggal, nama dan alamat dokter yang merawat)

- a. *Retinitis* (Radang Selaput Mata Retina) atau gangguan mata? Ya Tidak
- b. *Neuritis* (Radang Saraf)? Ya Tidak
- c. Serangan Jantung? Ya Tidak
- d. Tekanan Darah Tinggi? Ya Tidak
- e. Gangguan Sirkulasi lainnya? Ya Tidak
- f. Infeksi berulang-ulang? Ya Tidak
- g. *Albuminuria* (Protein + dalam air seni) atau *Nephritis* (Radang Ginjal)? Ya Tidak

Catatan :

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/kesehatan jiwa 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