

Nomor SPAJ/K:

DAFTAR PERTANYAAN TENTANG TEKANAN DARAH TINGGI

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

1. Kapan anda pertama kali di Diagnosa menderita Tekanan Darah Tinggi ?
Berapa tekanan darah saat itu ?
2. Apakah telah dilakukan pemeriksaan lanjutan untuk mengetahui penyebabnya ?
Jika "Ya", bagaimana hasilnya dan apa diagnosa akhirnya ? Ya Tidak
3. Apakah pengobatan dengan obat Anti-hipertensi atau obat lain telah diberikan ?
Jika "Ya",
 - a. kapan pengobatan dimulai ?
 - b. berapa tekanan darah rata-rata sebelum pengobatan dimulai ?
 - c. harap berikan tekanan darah selanjutnya dan yang terakhir (harap cantumkan tanggal).
 - d. obat-obat apa yang digunakan (berapa dosisnya) ?
 - e. apakah anda patuh terhadap pengobatan yang dianjurkan dokter ?
 - f. apakah keadaannya terkontrol baik ?Jika pengobatan telah dihentikan, harap berikan tanggalnya. Ya Tidak
4. Apakah ada komplikasi akibat Tekanan Darah Tinggi ?
Jika "Ya", harap berikan perincian termasuk tanggal dan lamanya tidak masuk kerja. Ya Tidak
5. Harap berikan tanggal dan hasil pemeriksaan rontgen, EKG atau lain-lain pemeriksaan yang telah dilakukan sejak pengobatan dimulai.

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