

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 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

