

KUESIONER PENGGUNAAN OBAT-OBATAN/ALKOHOL

Nama :

No. Proposal :

1. Pernahkan anda menggunakan jenis obat-obatan/alkohol di bawah ini selain untuk keperluan pengobatan dan di bawah pengawasan seorang dokter

		Tanggal		Frekuensi per hari
		Dari -	s/d	
a. Alkohol	: Wine, BIR, dll _____			/gelas/botol
b. Golongan Opium	: Heroin, Morphine, Mogadon Rohipnol, Methadone dll			
c. Barbiturates	: Amytal, Tuinal			
d. Sedative	: Heminevrin			
e. Amphetamines	: Ectacy, Benzedrine, Bexedrine			
f. Cocaine				
g. Hallucinogens	: LSD			
h. Cannabis/Ganja	: Marijuana, Hashish, etc			
i. Larutan/Hisap	: Glue			

2. Apakah menimbulkan ketergantungan, dll ?

3. Harap beri nama dokter (bila ada) yang pernah merawat dan membantu anda dalam keadaan ketergantungan atau proses lepas obat/alkohol

4. a. Bagaimana cara penggunaannya ? (suntik, isap, minum dll)

- b. Apakah saat ini masih menggunakan ?

5. Bila tidak, sudah berhenti sejak kapan ?

6. Apakah anda menderita penyakit lain seperti : Hepatitis B, depresi, HIV, dll ?

7. Catatan lainnya yang perlu anda sampaikan :

Dengan ini saya menyatakan bahwa semua yang saya cantumkan disini adalah benar adanya. Dan saya tidak menyembunyikan informasi apapun juga yang dapat mempengaruhi permohonan asuransi jiwa saya .

.....(tempat).....(tanggal)

Tanda tangan :

(_____)
Calon Tertanggung