

## KUESIONER PENGGUNAAN OBAT-OBATAN

Nama : .....

No. Proposal : .....

1. Pernahkan Anda menggunakan jenis obat-obatan 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, dll			
i. Solution/Suction : 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.

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:

### Pernyataan

Saya, calon Tertanggung, dengan ini menyatakan bahwa semua jawaban di atas telah saya berikan secara lengkap dan benar dan saya, Pemohon, dengan ini menyetujui bahwa kuesioner ini bersama dengan surat permohonan ini akan menjadi dasar dari kontrak asuransi antara saya dengan PT Asuransi Allianz Life Indonesia.

\_\_\_\_\_

(Tempat dan Tanggal)

Calon Tertanggung

Pemohon

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)