

FORMULIR PENGAJUAN PENAMBAHAN / PENGURANGAN ASURANSI TAMBAHAN

- Harap mengisi dengan menggunakan tinta warna hitam, huruf cetak dan besar, tulisan tidak keluar dari kotak, jelas dan memberi tanda (v) pada kotak jawaban yang sesuai.
- Harap tidak menandatangani SPAJ ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi dengan lengkap dan benar sebelum menandatangani.
- Jika terjadi kesalahan dalam pengisian formulir, tidak perlu dihapus tetapi dicoret dan diberi paraf disebelah coretan.

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nomor Polis

Nama Pemegang Polis

Nama Tertanggung

Dengan ini mengajukan permohonan penambahan/pengurangan Asuransi Tambahan sebagai berikut :

Pilihan penmabahan/pengurangan Asuransi Tambahan	
Penambahan	Pengurangan
<input type="checkbox"/> Term Insurance	<input type="checkbox"/> Term Insurance
<input type="checkbox"/> Personal Accident (A)	<input type="checkbox"/> Personal Accident (A)
<input type="checkbox"/> Hospital Cash Plan	<input type="checkbox"/> Hospital Cash Plan
<input type="checkbox"/> Total Permanent Disability	<input type="checkbox"/> Total Permanent Disability
<input type="checkbox"/> Critical Illnes	<input type="checkbox"/> Critical Illnes

Keterangan Perubahan :

Keterangan Kesehatan Tertanggung

1. Apakah Anda dalam keadaan :

Jika Tidak, Jelaskan

2. Apakah Anda biasa mium minuman keras / beralkohol dan sejenisnya?

Jika Ya, Jelaskan Jenis / Kadar

3. Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, narkotik atau obat penenang?

Jika Ya, Jenis

Tgl terakhir - -

4. Apakah Anda terlibat hobi / kegiatan beresiko tinggi? (sebagai awak pesawat, terjun payung, mendaki gunung, menyelam, balap dll)

Jika Ya, Berapa Frekuensi per tahun

Lama aktivitas (hari) dan lokasi

5. Apakah Anda perokok?

Jika Ya, batang / hari Telah berjalan Thn

6. Tinggi / Berat Badan : Tertanggung cm kg

 Pemegang Polis cm kg

Tertanggung

Ya Tidak

		Tertanggung	
		Ya	Tidak
7. Apakah Anda pernah / sedang menderita penyakit / gangguan / kelainan pada :			
a.	Mata : Termasuk fungsi penglihatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Telinga, Hidung dan Tenggorokan : Termasuk fungsi pendengaran / bicara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Paru-paru : Termasuk fungsi pernafasan, saluran nafas, batuk lama, bronchitis, asma, batuk darah, dan TBC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Jantung dan Pembuluh Darah : Termasuk nyeri dada, berdebar tak teratur, sakit jantung, tekanan darah tinggi darah rendah, penyempitan / penyumbatan / gangguan peredaran darah, varises, ambeien (wasir)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Organ Perut : Sakit Maag, sakit kuning (liver), muntah darah, hemia, sering diare, mual, muntah-muntah, hepatitis, radang / batu empedu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Sistem Kemih dan Kelamin : Sakit pinggang, sakit / nyeri saat buang air kecil, kencing batu / berpasir, batu ginjal, kencing berdarah, kencing nanah, sakit prostat, gagal ginjal, penyakit kelamin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Sistem saraf, kerangka dan otot : Sering pusing, pingsan, kesemutan, nyeri sendi, rematik / encok, demam rematik, kelemahan alat gerak, kelumpuhan, ayun / kejang, vertigo, stroke, penurunan kesadaran, stres atau gangguan jiwa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Tulang dan kulit : Gangguan tulang belakang, patah tulang, polio, amputasi, kelainan kulit, kusta, tahi lalat yang bertumbuh dengan cepat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Sistem Kelenjar dan Darah : Gangguan hormon, gondok, pembesaran getah bening, asam urat, kencing manis, kolesterol, kurang darah/anemia, thalassemia, hemofilia, leukimia dan kelainan darah lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Sistem Kekebalan dan infeksi : HIV / AIDS atau gejala kompleks yang berhubungan dengan AIDS (ARC), malaria, disentri amuba, alergi dan lupus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Pertumbuhan Sel : Tumor, kista, kanker, benjolan atau pertumbuhan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Lainnya : Yang belum disebutkan diatas (kelainan bentuk tubuh atau jenis luka apapun, cacat fisik, cacat bawaan, trauma kepala, dll)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dalam 5 (lima) tahun terakhir, apakah :			
a.	Menjalani rawat inap/rawat jalan, operasi, biopsi, endoskopi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Menjalani pemeriksaan laboratorium, rontgen (X Ray) atau yang khusus, contoh : MRI, ECG, USG, CT Scan, tes darah (kolesterol, gula darah, AIDS, hepatitis, anemia dll)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Menjalani pemeriksaan / pengobatan ke dokter umum / spesialis, ahli jiwa, radiasi, kemoterapi, tradisional atau pengobatan alternatif / herbal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Mengalami keracunan, kecelakaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dalam 2 (dua) tahun terakhir, apakah :			
a.	Menerima transfusi darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Ditolak untuk Donor Darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jika Ya, jelaskan alasannya		
10. Khusus Tertanggung <u>Wanita</u> :			
a.	Apakah saat ini sedang hamil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jika YA, berapa Minggu?	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
b.	Apakah pernah mengalami kesulitan / komplikasi pada saat hamil / melahirkan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Pernah keguguran atau bayi meninggal dalam kandungan / saat melahirkan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Pernah / sedang menderita penyakit di daerah payudara atau kandungan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Khusus Tertanggung <u>Anak kurang dari 5 tahun</u> :			
a.	Dilahirkan dalam kondisi	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Lainnya, _____	
b.	Lama kehamilan	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> minggu	
	Dokter yang dikunjungi		
c.	Panjang / Berat saat lahir	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> cm <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> kg	
d.	Pada saat melahirkan ada kesulitan/kelainan/penyakit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jika Tidak, Jelaskan		

12. Perihal dan Riwayat Kesehatan Keluarga Calon Tertanggung

	Masih Hidup						Sudah Meninggal	
	Usia	Jantung	Hipertensi	Ginjal	Diabetes	Paru-arui	Usia	Sebab Meninggal
Ayah								
Ibu								
Suami								
Isteri								
Saudara Laki-laki	_____							Orang
Saudara Perempuan	_____							Orang
Anak	_____							Orang

Jika Ya beri tanda (v) pada penyakit yang tercantum pada tabel diatas.

Dengan mengesampingkan pasal 1813 KUH Perdata maka pemberian kuasa ini tidak dapat dicabut / dibatalkan dan tetap berlaku meskipun Saya / Kami meninggal dunia. Fotokopi dari Pernyataan dan pemberian kuasa ini mempunyai kekuatan hukum yang sama kuat dan sah seperti aslinya.

Tenaga Penjualan

(_____)

Nama Jelas

Tempat _____

Tanggal _____/_____/_____

Pemegang Polis

(_____)

Nama Jelas

Tempat _____

Tanggal _____/_____/_____