

PERTANYAAN TAMBAHAN UNTUK GANGGUAN PENCERNAAN (Diisi oleh Calon Tertanggung)

PEMBERITAHUAN

* Bila kolom penjelasan tidak cukup, mohon memberikan penjelasan pada kertas lain

Nama Calon Tertanggung :

1. Jelaskan gangguan pencernaan yang pernah diderita (kembung, gastritis, tukak usus/tukak lambung, radang usus besar/usus 12 jari, maag, muntah darah, dll)

2. a. Sejak kapan menderita gangguan pencernaan tersebut? - -

Tgl Bln Thn

b. Frekuensi timbulnya keluhan? kali per Bulan/Tahun

c. Kapan terakhir mengalami gangguan pencernaan tersebut? - -

Tgl Bln Thn

3. Mohon sebutkan nama dan alamat dokter yang rutin dikunjungi serta tanggal konsultasi dalam 12 bulan terakhir.

Nama Dokter: _____

Alamat: _____

Tanggal: _____

4. Mohon sebutkan tanggal dan hasil dari pemeriksaan yang dilakukan sehubungan dengan gangguan pencernaan dalam 12 bulan terakhir.

- Gastrocopy/Endoscopy/Colonscopy
- Pemeriksaan dengan Barium
- Tes Darah (seperti penanda kanker)
- USG
- Lainnya, _____
- Tidak dilakukan pemeriksaan

Tanggal	Keterangan

Mohon lampirkan foto copy hasil pemeriksaan tersebut bila ada

5. Mohon sebutkan jenis perawatan yang diberikan dokter.

- Obat
- Pembedahan
- Lainnya, _____
- Tidak dilakukan pengobatan

Tanggal	Keterangan

6. Apakah saat ini masih dalam perawatan/pengobatan?

Ya, mohon jelaskan tanggal perawatan/ pengobatan yang akan datang - -

Tgl Bln Thn

Tidak, mohon jelaskan tanggal terakhir perawatan/pengobatan - -

Tgl Bln Thn

7. Apakah pernah dirawat sehubungan dengan gangguan pencernaan tersebut?

Ya, mohon sebutkan nama dokter dan rumah sakit serta tanggal saat dirawat

Nama dan alamat dokter/Rumah Sakit _____

Tanggal _____

Lama perawatan (hari) _____

Tidak

PERNYATAAN CALON TERTANGGUNG

Dengan ini saya menyatakan bahwa semua pernyataan dan jawaban di atas adalah benar, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas tidak benar, maka Penanggung berhak untuk membatalkan kontrak asuransi jiwa ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan Premi, membayar klaim manfaat asuransi serta ganti rugi apapun. Seluruh informasi yang saya berikan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.

Tertanggung

(_____)

Nama Jelas

Tempat : _____

Tanggal : ____/____/____