

PERTANYAAN TAMBAHAN UNTUK PENGGUNAAN ALKOHOL (Diisi oleh Calon Tertanggung)

PEMBERITAHUAN

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

Nama Calon Tertanggung :

Tgl lahir :

-			-						
Tanggal			Bulan			Tahun			

1. Bila Anda mempunyai kebiasaan mengkonsumsi minuman beralkohol mohon penjelasan:

a. Sejak Kapan? _____

b. Apa alasannya mengkonsumsi minuman beralkohol tersebut? _____

c. Jenis minuman beralkohol yang dikonsumsi :

Bir

Wine

Lainnya (sebutkan nama/jenis minuman tsb) _____

2. Frekuensi konsumsi minuman beralkohol tersebut :

a. Per hari, jumlah = _____ml

b. Per minggu, jumlah = _____ml

c. Per bulan, jumlah = _____ml

3. Apakah pernah berkonsultasi dengan Dokter sehubungan kebiasaan mengkonsumsi minuman beralkohol tersebut?

Ya, Jelaskan nama Dokter, lama perawatan dan kapan?

Nama Dokter : _____

Berapa lama dirawat : _____

Tanggal perawatan : _____

Tidak

4. Apakah pernah mendapatkan perawatan Rumah Sakit sehubungan kebiasaan tersebut?

Ya, Jelaskan nama RS, lama perawatan dan kapan?

Nama Rumah Sakit : _____

Berapa lama dirawat : _____

Tanggal perawatan : _____

Tidak

5. Apakah anda saat ini masih dalam pengawasan Dokter?

Ya, Jelaskan alasannya _____

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 : ____/____/____