

PERTANYAAN TAMBAHAN UNTUK TUMOR/KISTA (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. Kapan pertama kali diketahui menderita kista/tumor - -

Tgl

Bln

Thn

2. Apa diagnosa dokter?

3. Bagian tubuh mana yang menderita kista/tumor?

4. Apakah telah dioperasi atau direncanakan untuk dioperasi?

Ya, Mohon jelaskan kapan - -

Tgl

Bln

Thn

Tidak

5. Jelaskan pendapat dokter yang merawat sehubungan kategori tumor/kista

Jinak

Ganas

6. Apakah ada penyebaran ke organ lain

Ya, Mohon jelaskan _____

Tidak

7. Mohon sebutkan nama dan alamat dokter yang rutin dikunjungi sehubungan dengan kista/tumor serta tanggal konsultasi yang pernah dilakukan.

Nama Dokter: _____

Alamat: _____

Tanggal: _____

8. Mohon sebutkan tanggal dan hasil dari pemeriksaan kesehatan yang pernah dilakukan.

Tes darah

USG

CT Scan atau MRI

Biopsi

Lainnya, _____

Tidak dilakukan pemeriksaan

Mohon lampirkan foto copy hasil pemeriksaan tersebut bila ada

Tanggal	Keterangan

9. Mohon jelaskan tanggal dan detail pengobatan yang dilakukan.

Obat

Operasi

Radioterapi/Kemoterapi

Lainnya, _____

Tidak dilakukan pengobatan

Tanggal	Keterangan

10. 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

11. Berapa lama hal ini menyebabkan anda absen dari pekerjaan? Mohon Jelaskan

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 : ____/____/____