

NO SPAJ

**PERTANYAAN TAMBAHAN UNTUK
KECELAKAAN/CIDERA (Diisi oleh Calon Tertanggung)****PEMBERITAHUAN**

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

Nama Calon Tertanggung :

Tgl lahir :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tanggal			Bulan			Tahun			

1. Kapan kecelakaan/cidera terjadi ?

2. Apakah mengalami pingsan pada saat itu ? Bila ya, berapa lama pingsan ?

3. Bagian tubuh mana saja yang cidera pada waktu kecelakaan ?

4. Apakah mengalami cidera / gegar otak ?

5. Apakah dirawat inap saat itu ? Bila ya, berapa lama dirawat inap ?

6. Apa Diagnosa dokter saat dirawat ?

7. Tindakan dan pengobatan apa yang diberikan dokter ? lampirkan Resume Medis saat dirawat (bila ada)

8. Apakah dilakukan pemasangan pen ? pada bagian tubuh mana ? apakah pen sudah dicabut ? Mohon jelaskan.

9. Apakah sampai saat ini masih ada keluhan akibat kecelakaan tersebut ? Bila ada dibagian tubuh mana dan apa keluhannya ?

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 : ____/____/____