

Permohonan untuk:

() Pemulihan Polis

() Perubahan Jenis/Jumlah Uang Pertanggungan

() Menambah Faedah Tambahan (Rider)

Polis No. :

No. Telp. Rumah :

Nama Tertanggung (Dewasa)/Pemilik Polis :

Kantor :

Handphone :

Nama Agen :

Email :

BAGIAN I - KETERANGAN TENTANG TERTANGGUNG (DEWASA)/PEMILIK POLIS

1. (a) Apakah pekerjaan Anda sekarang?
Jelaskanlah tugas Anda sehari-hari.

(b) Sebutkan nama dan alamat kantor/tempat kerja Anda, dan jenis usahanya.

(c) Berapakah jumlah pertanggungan asuransi jiwa/kecelakaan yang berlaku atau sedang dipertimbangkan atas jiwa Anda?

(a) _____

(b) _____

(c) As. Jiwa: _____
As. Kecelakaan: _____

2. (a) Berapakah berat dan tinggi badan Anda sekarang?
Apakah terdapat perubahan berat badan yang melebihi 3 kg dalam 3 bulan terakhir ini?

(b) Apakah Anda sedang mengalami gangguan kesehatan apapun?

(c) Apakah Anda sedang hamil? (hanya untuk wanita)
Jika "Ya" sebutkan berapa minggu usia kehamilan Anda.

(d) Jika ada jawaban dari pertanyaan (a) dan (b) adalah "Ya", berikanlah keterangan selengkapnya.

(a) Tinggi Badan: _____ cm, Berat Badan: _____ kg
 Ya Tidak

(b) Ya Tidak

(c) Ya Minggu Tidak

(d) _____

3. Apakah Anda sekarang adalah anggota Angkatan Bersenjata/Kepolisian atau bermaksud melakukan penerbangan pribadi selain sebagai penumpang pesawat komersil yang berjadwal atau olah raga/perlombaan yang penuh risiko, ataukah selama 3 tahun terakhir ini Anda telah melakukan penerbangan atau olah raga/perlombaan tersebut, ataupun Anda pernah tinggal di tempat/negara lain dari alamat sekarang selama lebih dari 3 bulan?

4. Sejak tanggal permohonan polis tersebut di atas, apakah Anda pernah:

(a) melakukan konsultasi kepada dokter untuk alasan apapun

(b) berobat atau diberi nasihat untuk berobat, atau

(c) tidak dapat hadir bekerja lebih dari 1 minggu karena sakit atau kecelakaan

Bila Ya, lingkari hal-hal tersebut dan berikan penjelasan selengkapnya dalam kolom di bawah ini.

Tanggal mulai dan lamanya	Diagnosa penyakit/kecelakaan	Jenis pemeriksaan yang dilakukan/ dianjurkan dan hasil-hasilnya	Nama dan alamat dokter yang merawat/Rumah sakit tempat perawatan dan lamanya perawatan

5. Sejak tanggal permohonan polis tersebut di atas, apakah Anda:

(a) pernah atau bermaksud untuk konsultasi, mendapat nasihat kesehatan, ataupun pengobatan, dalam hubungan dengan AIDS, atau keadaan yang berhubungan dengan AIDS, ataupun Anda telah diberitahu mempunyai salah satu hal tersebut diatas?

(b) pernah diperiksa untuk virus AIDS (HIV), dan bagaimana hasilnya?

(c) dalam 3 bulan ini, secara berturut-turut selama lebih dari 1 minggu mempunyai salah satu gejala berikut ini: cepat lelah, penurunan berat badan, diare/buang air besar yang tak normal, pembesaran kelenjar getah bening/limfe atau kelainan kulit yang tidak lazim.

	Ya	Tidak	
(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bila ya, berikan penjelasan selengkapnya.
(b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

