

DATA KESEHATAN TERTANGGUNG

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Pemegang Polis :

Nama Tertanggung :

Polis Nomor :

Alamat :

Nomor Telepon/HP :

Mengajukan permohonan dengan keterangan kesehatan Tertanggung sampai saat ini :

1. Berat badan kg Tinggi badan cm Golongan darah
2. Apakah fisik dan mental Anda dalam keadaan sehat?
- Jika tidak, jelaskan mengapa?
3. Apakah hobi/kegemaran/olahraga Anda yang teratur

Beri tanda (✓) pada pilihan jawaban

- | | Ya | Tidak |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 4. Apakah Anda merokok? (..... batang per hari) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. a. Apakah Anda menggunakan obat secara teratur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Apakah Anda mempunyai kebiasaan menggunakan narkotika, minum alkohol secara berlebihan atau pernah dirawat karena alkohol atau ketergantungan obat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Apakah Anda melakukan/akan melakukan penerbangan dengan pesawat <i>non schedule flight</i> atau <i>non commercial airline</i> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Apakah Anda melakukan balap mobil, motor, ski, ski air, terjun payung, bungee jumping, menyelam, rafting atau olahraga yang berbahaya? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Pernahkah permintaan Anda untuk asuransi jiwa ditolak, ditunda, dikenakan ekstra premi, dengan persyaratan khusus atau masih dalam proses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Apakah Anda pernah atau sedang menderita penyakit : | | |
| - Kanker, TBC/paru-paru, sesak nafas, asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Darah rendah/darah tinggi, jantung, stroke, kencing manis (DM), hyperkolesterol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Hati, kuning, kelainan darah (anemia, leukemia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Lumpuh, syaraf, gangguan mental, epilepsi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Kencing batu, ginjal, prostat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Penyakit lain yang tidak disebut di atas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Apakah Anda dalam 5 tahun terakhir ini pernah mendapat perawatan dokter, pemeriksaan di Rumah Sakit, operasi atau pemeriksaan kesehatan lain (laboratorium, USG, EKG, CT-Scan dan lain - lain)? (Jika ya, lampirkan data-data) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Apakah Anda mempunyai cacat badan? (Jika ya, jelaskan penyebab dan bagian anggota tubuh yang cacat) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Apakah Anda pernah : | | |
| a. Menerima transfusi darah | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ditolak sebagai donor darah | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Apakah Anda pernah konsultasi/mendapat pengobatan sehubungan dengan penyakit kelamin, AIDS, keadaan lain yang sehubungan dengan AIDS/HIV? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Apakah pada keluarga Anda (ayah, ibu dan saudara kandung) ada yang menderita penyakit tertentu yang perlu mendapat pengobatan/perawatan atau pemeriksaan yang teratur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Khusus untuk calon Tertanggung wanita : | | |
| - Apakah Anda sedang hamil? (..... bulan) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Apakah Anda pernah atau sedang menderita penyakit di sekitar payudara? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Apakah Anda pernah atau sedang menderita penyakit kandungan atau kesukaran ketika melahirkan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Bagaimana keadaan menstruasi (haid) Anda? <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur <input type="checkbox"/> Menopause | | |

Bila jawaban "Ya" harap jelaskan secara terperinci

.....

.....

.....

Saya menyatakan keterangan kesehatan yang saya berikan benar adanya serta mengetahui dan mengerti Peraturan Umum Polis Perorangan PT Equity Life Indonesia

_____, _____, 20__

(_____)
Nama lengkap & Tanda Tangan
Tertanggung

(_____)
Nama lengkap & Tanda Tangan
Pemegang Polis