

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN TERTANGGUNG DAN PEMEGANG POLIS

2 Lembar

Kami yang bertanda tangan dibawah ini :

Nomor Polis	:																																																		
Nama Pemegang Polis	:																																																		
Pekerjaan saat ini	:																																																		
Nama Tertanggung	:																																																		
Pekerjaan saat ini	:																																																		
No.Telepon Kantor	:													-													No. HP : (Wajib Diisi)							-																	
No.Telepon Rumah	:													-													E-Mail :																								

No. HP yang tertera akan menjadi data terbaru bagi PT Asuransi Jiwa Sequis Life untuk keperluan konfirmasi, pengiriman SMS, dan WA

Dengan ini mengajukan permintaan : Upgrade Rider Kenaikan Uang Pertanggungan
 Penambahan Rider Lainnya

Dan atas dasar dari permintaan tersebut, kami membuat pernyataan kesehatan sebagai berikut :

(Kolom Pemegang Polis wajib diisi apabila Pemegang Polis mengambil Rider PBR, PBDD, FIRP, FIDDP)

Berikan tanda silang (x) pada bagian sebelah kanan. Bila jawaban "Ya" harap berikan keterangan lengkap pada "Penjelasan Jawaban" dibawah ini dengan mencantumkan nomor pertanyaan didepannya. (Khusus untuk pertanyaan No. 1d, 2 dan 7)

	TERTANGGUNG		PEMEGANG POLIS	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. a. Apakah Tertanggung/Pemegang Polis sekarang dalam keadaan sehat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jelaskan Berat Badan saat ini : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg Tertanggung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg Pemegang Polis				
c. Jelaskan Tinggi Badan saat ini : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm Tertanggung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm Pemegang Polis				
d. Pernahkah Tertanggung/Pemegang Polis ditolak/ditangguhkan/diterima dengan tambahan premi dan atau pengecualian dalam mengajukan permintaan atau pemulihan kembali Asuransi Jiwa, penyakit kritis, kesehatan atau kecacatan pada PT Asuransi Jiwa Sequis Life atau pada asuransi lain? Jika Ya, sebutkan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sejak Polis tersebut di atas berlaku apakah Tertanggung/Pemegang Polis:				
a. Pernah/sedang berkonsultasi dengan dokter, dirawat di Rumah Sakit, menjalani atau dianjurkan operasi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pernah/sedang dianjurkan oleh dokter melakukan pemeriksaan kesehatan diagnostik, check up seperti: Sinar X, MRI, USG, CT Scan, ECG, Treadmill, Darah, Urine atau pemeriksaan laboratorium lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Apakah Tertanggung/Pemegang Polis pernah mengalami kecelakaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Apakah Tertanggung/Pemegang Polis menderita cacat atau kelainan fisik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Apakah Tertanggung/Pemegang Polis mempunyai kebiasaan:				
a. Merokok? Jika Ya, berapa batang dalam sehari? Tertanggung : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Batang Pemegang Polis: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Batang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Menggunakan obat bius/narkotik, obat/zat terlarang? Jika Ya, sebutkan jenisnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Minum alkohol? Jika Ya, berapa banyak gelas/botol per-hari atau per-minggu dan apa jenisnya? Tertanggung : Jenis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Gelas/Botol per-hari/per-minggu *) <i>Lingkari</i> Pemegang polis : Jenis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Gelas/Botol per-hari/per-minggu *) <i>Lingkari</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Apakah Tertanggung/Pemegang Polis bermaksud atau sedang mengikuti olah raga/kegiatan beresiko tinggi seperti: <input type="checkbox"/> Olahraga Air <input type="checkbox"/> Mendaki Gunung <input type="checkbox"/> Balapan <input type="checkbox"/> Menelusuri Goa <input type="checkbox"/> Olahraga Dirgantara <input type="checkbox"/> Beladiri <input type="checkbox"/> Bungee Jumping <input type="checkbox"/> Lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika Ya, mohon mengisi kuesioner khusus Hobi				
5. Apakah Tertanggung/Pemegang Polis melakukan perubahan pekerjaan selama Polis Asuransi Jiwa berjalan? Jika Ya, mohon mengisi Formulir Perubahan/Penambahan Data terkait pekerjaan secara lengkap dan jelas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Khusus untuk wanita				
a. Apakah Anda sekarang sedang hamil? Bila Ya, <input type="text"/> Bulan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Apakah ada gangguan menstruasi, kelainan pada payudara, atau alat kandungan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. a. Apakah Tertanggung/Pemegang Polis pernah atau bermaksud untuk konsultasi atau melakukan pengobatan yang berhubungan dengan AIDS, kompleks gejala yang berhubungan dengan penyakit kelainan atau AIDS (AIDS Related Complex)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Apakah Tertanggung/Pemegang Polis pernah diberitahu atau mendapat hasil positif untuk pemeriksaan darah/antibodi virus AIDS (HIV) atau kelamin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

