

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