



## Informasi Pekerjaan

 Pemegang Polis

 Tertanggung

Pekerjaan saat ini (jelaskan dengan lengkap).

Sebutkan pekerjaan sebelumnya apabila pekerjaan saat ini belum 2 (dua) tahun.

Nama dan Alamat Perusahaan (Pelajar : tuliskan Nama dan Alamat Sekolah)

Nama Perusahaan / :

Sekolah :

Alamat :

Kota  Kode Pos

Pendapatan Tahunan : Rp.

- Lampirkan form ini pada saat melakukan perubahan data pertanggungan, perubahan Pemegang Polis dan pemulihan (pada form Perubahan Finansial).
- Apabila pekerjaan berubah, mohon jelaskan tugas, alat bantu, tempat, dan bidang usaha.

## Data Pribadi Dan Kebiasaan

	Tertanggung		Pemegang Polis		Jika "Ya", Mohon jelaskan dengan lengkap
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	
a) Apakah pernah permohonan asuransi Anda ditolak, ditunda, dikenakan tambahan/ekstra premi atau dirubah/dihentikan oleh perusahaan Asuransi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Apakah Anda pernah mengajukan klaim untuk ketidakmampuan, kecelakaan, perawatan medis atau penyakit kritis dan atau manfaat lainnya kepada perusahaan Asuransi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Apakah Anda mengkonsumsi rokok? Jika "Ya" <input type="text"/> batang/hari, sejak <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Apakah Anda memiliki atau terlibat hobi/kegiatan/aktifitas yang berisiko tinggi? (contoh: terjun payung, mendaki gunung, menyelam, balap mobil/motor/kendaraan lainnya dan lain-lain).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Dalam 5 tahun terakhir, apakah Anda pernah bepergian ke luar negeri selain dari berlibur? Jika "Ya", jelaskan dalam rangka apa, lama waktu dan tujuan Anda bepergian.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Apakah Anda mengkonsumsi minuman keras/alkohol dan sejenisnya? Jika "Ya", jelaskan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) Apakah Anda menggunakan obat-obatan terlarang/narkotika/obat penenang? Jika "Ya", jelaskan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Data Fisik

		Tertanggung	Pemegang Polis
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
a) Jelaskan tinggi/berat badan anda saat ini	Tinggi Badan (cm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Berat Badan (kg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) Jelaskan tinggi/berat badan anda tahun lalu	Tinggi Badan (cm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Berat Badan (kg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c) Alasan perubahan tinggi/berat badan			

## Data Kesehatan

	Tertanggung	Pemegang Polis
a) Apakah anda dalam keadaan sehat? Jika "Tidak", jelaskan		
b) Sebutkan nama dan alamat dokter yang biasa Anda kunjungi jika menderita sakit		
c) Kapan terakhir kali Anda berkonsultasi dengan dokter, apa alasannya dan bagaimana hasilnya?		

	Tertanggung		Pemegang Polis		Jika "Ya", Mohon jelaskan dengan lengkap
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	

Apakah Anda pernah/ sedang menderita penyakit/ gangguan/ kelainan pada :

a) Sistem saraf, kerangka & otot: sering pusing, pingsan, kesemutan, nyeri sendi, rematik/encok, demam rematik, kelemahan alat gerak, kelumpuhan, ayun/kejang, vertigo, stroke, penurunan kesadaran, stress atau gangguan jiwa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Sistem kelenjar & darah: Gangguan Hormon, gondok, pembesaran getah bening, asam urat, kencing manis, kolesterol, kurang darah/anemia, thalassemia, hemofilia, leukemia dan kelainan darah lainnya, menerima transfusi darah, donor darah/cuci darah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Telinga Hidung Tenggorokan: Termasuk fungsi pendengaran/bicara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Mata, Termasuk fungsi penglihatan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Paru-paru: Fungsi pernafasan, saluran nafas, batuk lama, bronchitis, asma, batuk darah, TBC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Jantung & Pembuluh darah: Nyeri dada, berdebar tak teratur, sakit jantung, tekanan darah tinggi/rendah, penyempitan/penyumbatan/gangguan peredaran darah, varises,ambeien (wasir)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) Organ Perut: sakit maag, sakit kuning (liver), muntah darah, hernia, sering diare, mual, muntah-muntah, hepatitis, radang/batu empedu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) Sistem Kemih & Kelamin: sakit pinggang, sakit/nyeri saat buang air kecil, saluran kencing, kencing batu/kencing berpasir, batu ginjal, kencing berdarah, kencing nanah, sakit prostate, gagal ginjal, penyakit kelamin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) Tulang & kulit: Gangguan tulang belakang, patah tulang, polio, amputasi, kelainan kulit, kusta, tahi lalat yang membesar dengan cepat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j) Pertumbuhan Sel: Tumor, kista, kanker, benjolan atau pertumbuhan abnormal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k) Sistem kekebalan dan infeksi HIV/AIDS atau gejala kompleks yang berhubungan dengan AIDS (ARC), malaria, disentri amuba, alergi, lupus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l) Lain-lain yang belum disebutkan seperti kelainan bentuk tubuh atau jenis luka apapun, cacat fisik, cacat bawaan, trauma kepala?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
m) Dalam Lima Tahun terakhir, apakah anda pernah disarankan/menjalani pemeriksaan Laboratorium, Rontgen (X-Ray), USG, CT Scan, Biopsy, Elektrokardiogram, tes urine atau tes darah misalnya : kolesterol, gula darah, AIDS, hepatitis termasuk Hepatitis B, C, Anemia, dan lain-lain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
n) Apakah orang tua atau saudara kandung Anda ada yang menderita atau meninggal karena penyakit kelainan darah, penyakit hati, penyakit jantung, penyakit ginjal, stroke, diabetes, hipertensi, penyakit kejiwaan, TBC, kanker, Hemofilia, AIDS dan lain-lain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Catatan :

Jelaskan dengan lengkap: diagnosa, lama dialami, tanggal konsultasi (rawat), nama & alamat dokter/rumah sakit/rawat inap/tempat konsultasi serta kondisi saat ini.

## Informasi Kesehatan Khusus Wanita

	Tertanggung		Pemegang Polis		Jika "Ya", Mohon jelaskan dengan lengkap
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	
a) Apakah saat ini anda sedang hamil? Jika "Ya", berapa bulan usia kehamilan anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Untuk wanita yang sudah melahirkan, apakah ada komplikasi saat kehamilan seperti diabetes, hipertensi atau lainnya? .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Apakah pernah menderita benjolan pada payudara atau penyakit payudara lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Apakah ada gangguan haid, pernah/sedang menderita kelainan janin di dalam kandungan/rahim/indung telur/organ reproduksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Apakah anda pernah menjalankan papsmear dan dianjurkan untuk melakukan papsmear kembali 6 bulan kemudian ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Apakah anda pernah disarankan untuk menjalani tes Mammografi, biopsy, Operasi payudara, USG Panggul atau pemeriksaan organ kandungan lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Data Keluarga

### a) Data Keluarga Tertanggung

	Usia	Masih Hidup	Meninggal	
		Kondisi Kesehatan	Penyebab Kematian	Usia Meninggal
Ayah				
Ibu				
Suami/ Istri				
Saudara Pria ----- (orang)				
Saudara Wanita ----- (orang)				
Anak ----- (orang)				

### a) Data Keluarga Pemegang Polis

	Usia	Masih Hidup	Meninggal	
		Kondisi Kesehatan	Penyebab Kematian	Usia Meninggal
Ayah				
Ibu				
Suami/ Istri				
Saudara Pria ----- (orang)				
Saudara Wanita ----- (orang)				
Anak ----- (orang)				

