

8. Kapan terakhir kali Anda berkonsultasi dengan dokter? / /

Apakah Anda mendapat obat dokter? Ya Tidak (Jika "Ya", mohon mengisi kolom di bawah ini).

Nama Obat	Dosis	Frekuensi

9. Apakah Anda masih minum obat secara teratur hingga saat ini? Ya Tidak

10. Apakah Anda pernah menderita penyakit infeksi selaput otak/gegar otak sebelumnya? Ya Tidak

11. Apakah ada riwayat keluarga Anda yang menderita epilepsi? Ya Tidak

Jika "Ya", mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini.

12. Apakah Anda menderita penyakit lain seperti di bawah ini:

- Kencing Manis (Diabetes Melitus) Darah Tinggi (Hipertensi)
 Tumor Penyakit komplikasi lainnya, sebutkan

Mohon mengisi Kuesioner sesuai dengan penyakit lainnya yang Anda derita sesuai dengan pilihan pada nomor 12

13. Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan berikut?

- Elektroensefalografi (rekaman syaraf otak) Rontgen photo tengkorak (kepala)

Jika "Ya", mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini.

14. Mohon Anda memberikan informasi tambahan lain yang menurut Anda penting mungkin dapat membantu proses pengajuan asuransi ini dengan melengkapi kolom di bawah ini.

PERNYATAAN DAN KUASA

1. Saya/Kami menyatakan bahwa Saya/Kami telah memahami dan menyetujui untuk mengisi secara lengkap dan benar semua informasi dalam Kuesioner Epilepsi dan Kejang ini sesuai dengan keadaan sebenarnya sebagai bagian dari kontrak asuransi Jiwa/Kesehatan/Kecelakaan.
2. Saya memberi kuasa kepada setiap Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan Saya, untuk mengungkapkan kepada Penanggung mengenai semua keterangan tentang catatan riwayat kesehatan Saya.
3. Kuasa ini merupakan hal yang tidak terpisahkan dari SPAJ dan akan mengikat Saya, Penerima Manfaat/Ahli Waris, dan keluarga Saya (jika ada).
4. Kuasa ini tetap berlaku pada waktu Saya masih hidup maupun sesudah Saya meninggal dunia. Salinan/fotokopi dari surat kuasa ini sama sah berlakunya seperti dokumen asli.
5. Apabila informasi tersebut yang Saya/Kami berikan tidak benar, maka Penanggung berhak membatalkan Polis Saya/Kami sejak awal.

Ditandatangani:

Tanggal: / /

()
 Nama Lengkap & Tanda tangan
 (Calon) Pemegang Polis

()
 Nama Lengkap & Tanda tangan
 (Calon) Tertanggung

()
 Nama Lengkap & Tanda tangan
 Tenaga Penjual