

KUESIONER KEHAMILAN

Perlu diperhatikan:

1. Wajib diisi oleh Dokter dengan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberi tanda (√) pada kotak sesuai pilihan.
2. Wajib menandatangani setiap koreksi penulisan (jika ada).
3. Penulisan tanggal selalu mempergunakan format Tanggal-Bulan-Tahun.
4. Apabila diperlukan lembar tambahan, dapat mempergunakan Formulir Pernyataan/Amandemen Untuk SPAJ & Pengajuan Pelayanan Polis yang diisi dan ditandatangani oleh (Calon) Pemegang Polis, (Calon) Tertanggung dan Dokter.
5. Apabila telah diisi lengkap oleh Dokter wajib diserahkan ke Kantor Pusat PT Asuransi Jiwa BCA ("Penanggung").

I. DATA (CALON) TERTANGGUNG

1. Nomor Surat Pengajuan Asuransi Jiwa: (SPAJ)/Polis Asuransi:
2. Nama Lengkap (Calon) Tertanggung: (sesuai dengan KTP/Paspor):
3. Tempat, Tanggal lahir (Calon) Tertanggung: , / /

II. WAJIB DILENGKAPI DOKTER

1. Status kehamilan (GPA):
2. Hari Pertama dari Haid Terakhir:
Usia Kehamilan:
Taksiran Persalinan:
3. Pemeriksaan Fisik:
Tinggi Badan: Cm Berat Badan: Kg Tekanan Darah: mmHg
4. Riwayat kehamilan terdahulu: (Jika kehamilan pertama tidak perlu diisi)
5. Kondisi kehamilan saat ini:
6. Komplikasi kehamilan:
7. Mohon Anda memberikan informasi tambahan lain yang menurut Anda penting Perusahaan Asuransi ketahui.

8. Mohon melengkapi kolom di bawah ini:
Tanggal Konsultasi Terakhir: / /
Nama Lengkap Dokter:
No. Telepon/Handphone:
Nama Klinik/Rumah Sakit:
Alamat Klinik/Rumah Sakit:

PERNYATAAN DAN KUASA

1. Saya/Kami menyatakan bahwa Saya/Kami telah memahami dan menyetujui untuk mengisi secara lengkap dan benar semua informasi dalam Kuesioner Kehamilan 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: / /

Data Dokter dan RS (Tempat Perawatan)

Nama Lengkap Dokter:

Nama RS:

Nomor Telp/HP:

Telepon RS:

Alamat Lengkap Dokter:

Alamat RS:

()

Nama Lengkap & Tanda tangan
(Calon) Pemegang Polis

()

Nama Lengkap & Tanda tangan
(Calon) Tertanggung

()

Nama Lengkap, Tanda tangan
Dokter & Stempel Rumah Sakit