

d. Pengobatan /tindakan apa yang diberikan setelah dilakukan operasi tumor?

Obat tablet Radioterapi Kemoterapi Lainnya, sebutkan

Mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini.

e. Apakah Anda pernah diberi informasi tentang prognosa (ramalan) atas tumor tersebut? Ya Tidak

Mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini.

f. Pemeriksaan-pemeriksaan apa saja yang telah dilakukan, termasuk tanggal dan hasil pemeriksaan tersebut.

Jenis Pemeriksaan	Tanggal Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan

g. Pengobatan atau tindakan operasi apa saja yang pernah dianjurkan?

5. Apakah sampai saat ini masih dalam pengobatan? Ya Tidak

Tanggal terakhir perawatan: / /

Alasan:

Pengobatan:

Berapa kali dalam 1 (satu) tahun:

Nama Lengkap Dokter:

No. Telepon /Handphone:

Nama Klinik/Rumah Sakit:

Alamat Klinik/Rumah Sakit:

6. Apakah Anda pernah tidak masuk kerja karena kondisi ini? Ya Tidak

Jika "Ya", kapan: / / Dan berapa lama? Hari

7. Sebutkan kapan terakhir kali Anda melakukan konsultasi dengan dokter?
Mohon lengkapi pertanyaan pada kolom di bawah ini dan mohon dilampirkan fotokopi hasil pemeriksaan.

Jenis Pemeriksaan	Tanggal Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan

8. 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 Tumor 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