

6. Jika Anda berencana untuk berada di negara manapun selama lebih dari 21 hari, harap memberikan rincian sebagai berikut:

- a. Jenis tempat tinggal Anda:
(Misal: apartemen, rumah, hotel, tempat penampungan sementara, dan lain-lain).

- b. Alamat lengkap tempat tinggal Anda:
(Termasuk nama jalan dan nomor, kota, kode pos, negara).

- c. Seberapa jauh jarak fasilitas medis dari tempat tinggal Anda:
(Jarak menuju praktek dokter dan/atau rumah sakit).

7. Jika perjalanan Anda untuk tujuan bisnis, harap memberikan rincian sebagai berikut:

- a. Nama perusahaan/tempat usaha:

- b. Jenis usaha:

- c. Tugas dan tanggung jawab:

- d. Tanggal mulai perjalanan bisnis:

- e. Remunerasi tahunan:

- f. Sebutkan dengan rinci cara mendapatkan perawatan kesehatan dan cara atau prosedur dalam kasus penyakit berat atau cedera:

- g. Sarana transportasi yang tersedia di negara tersebut:
(Misal: angkutan umum atau pribadi, pesawat pribadi, dan lain-lain).

- h. Sebutkan alat/perangkat pengaman yang disiapkan/dipergunakan oleh pemberi kerja pada saat melakukan pekerjaan:

- i. Apakah Anda terikat dengan suatu kontrak atau perjanjian?
Mohon menjelaskan secara rinci pada kolom di bawah ini.
(Tanggal mulai, durasi dan lain-lain serta memberikan fotokopi kontrak atau perjanjian jika tersedia).

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 Perjalanan Ke Luar Negeri/Tinggal Di Luar Negeri 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