

Kuesioner Calon Tertanggung Anak-Anak (Juvenile)

(Dilengkapi oleh orang tua apabila anak berusia > 1 s/d 5 tahun – ulang tahun sebenarnya)

Nomor SPAJ : _____

Nama Calon Pemegang Polis : _____

Nama Calon Tertanggung : _____ Tanggal Lahir : _____

| No. | Pertanyaan | Penjelasan |
|-----|---|--|
| 1 | <u>Riwayat Lahir</u> a. Berat lahir Panjang lahir b. Apakah ada riwayat prematur (usia kehamilan < 37 minggu)? | a.Kg cm b. <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika ya, sebutkan usia kehamilan ibu saat itu? |
| 2 | <u>Dokter Anak/Bidan/Rumah Sakit/Klinik Langganan</u> a) Sebutkan nama & alamat dokter anak/Bidan/Rumah Sakit/ Klinik yang merawat calon Tertanggung sejak lahir hingga saat ini b) Kapan kunjungan terakhir ke dokter anak tersebut c) Sebutkan alasan dan keluhan kunjungan terakhir tersebut | |
| 3 | Apakah anak (Calon Tertanggung Utama) pernah mengalami atau dinyatakan akan mengalami atau telah mengalami atau sedang menderita kelainan bawaan, atau cacat pada saat lahir, abnormalitas, komplikasi/gejala sisa, cacat mental atau kelainan fisik termasuk tetapi tidak terbatas pada G6PD, TSH abnormal, epileptic, kondisi kuning yang berkepanjangan hingga harus dirawat inap, sindrom/gangguan pernapasan, dll? | |

Saya menyatakan bahwa jawaban/penjelasan yang Saya berikan dalam formulir ini, adalah lengkap dan benar serta tidak ada hal material yang disembunyikan.

Saya mengerti dan menyetujui bahwa formulir ini adalah bagian dari SPAJ yang saya ajukan dan apabila keterangan yang Saya berikan dalam formulir ini tidak benar maka dapat mengakibatkan batalnya Polis.

Tempat & tgl/bln/th : _____

Nama lengkap dan
tanda tangan Calon Pemegang Polis