

PERNYATAAN TIDAK MEMILIKI DOKTER PRIBADI

No. SPAJ :
Nama Calon Tertanggung :
Nama Calon Pemegang Polis :

Merujuk kepada Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ), maka dengan ini Saya menyatakan bahwa :

1. Saya tidak memiliki Dokter yang saya kunjungi secara berkala (reguler).
2. Dalam kurun waktu 6 (enam) bulan terakhir, Saya tidak pernah berkonsultasi dengan dokter umum/spesialis, melakukan pemeriksaan penunjang diagnostik atau mendapatkan pengobatan, perawatan atau rawat inap di Rumah Sakit karena penyakit atau kecelakaan.
3. Saya tidak sedang/berencana akan konsultasi dengan dokter umum/spesialis, melakukan pemeriksaan penunjang diagnostik atau mendapatkan pengobatan, atau mengalami gejala-gejala yang menyebabkan saya berusaha mendapatkan pengobatan/perawatan dalam waktu dekat.

Apabila jawaban/ Pernyataan di atas tidak sesuai, silakan memberikan penjelasan lebih lanjut di bawah ini :

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.

Penanggung dapat menggunakan Foto Copy surat kuasa ini untuk keperluan yang sah.

.....
(Tempat & tanggal)

.....
(Nama jelas dan tandatangan saksi)

.....
(Nama dan tandatangan calon Tertanggung)

Catatan :

- Formulir akan diminta untuk diisi apabila Calon Tertanggung tidak memiliki dokter pribadi atau dokter keluarga atau dokter/klinik langganan..