

**Kuesioner
Questionnaire**

Nama Tertanggung / No. SPAJ – Insured Name/ Proposal No.	:	
Tanggal lahir / Date of Birth	:	

Mohon jelaskan apakah tertanggung memiliki keterbatasan mobilitas / gangguan saat melakukan aktivitas berikut secara mandiri / *Please explain whether the Insured has limited mobility / distraction while doing the following activities independently :*

Aktivitas/Activity	Ya/Yes	Tidak/No	Jika “YA” jelaskan/ If “YES” Explain
Mandi/Take a bath			
Berpakaian/Get dressed			
Makan/Eating			
Berpindah tempat tanpa bantuan/ Move places without assistance			
(Maaf) Buang air kecil dan buang air besar/(Sorry) Urinating and defecating			
Mobilitas transportasi (mengendarai sepeda motor Anda sendiri dan atau mengendarai mobil)/Transport mobility (driving your own motorbike and or driving a car)			

Informasi mengenai keterbatasan gerak seperti apa yang saat ini dirasakan (sesudah trauma)/
Information about the limitations of movement as perceived at this time (after trauma):

Date : ____/____/____

Nama lengkap tertanggung /
Name and Signature of insured

(_____)