

**KUESIONER RIWAYAT KECELAKAAN**  
*(dilengkapi oleh calon Tertanggung)*

Nama Calon Tertanggung : \_\_\_\_\_ Umur : \_\_\_\_\_ tahun

Nomor SPAJ : \_\_\_\_\_ No. KTP/SIM/Paspor : \_\_\_\_\_

No.	Pertanyaan	Jawaban dan keterangan
1.	<p>a) Apakah penyebab cedera yang Anda alami? Mis. Kecelakaan kendaraan bermotor, dll? Sebutkan tanggal kejadian dan penjelasannya.</p> <p>b) Apakah jenis cedera yang dialami? Jelaskan.</p> <p>c) Apabila terjadi benturan pada kepala dan menyebabkan tidak sadarkan diri, sebutkan berapa lama Anda tidak sadarkan diri?</p>	
2.	<p>a) Apakah Anda dirawat di Rumah Sakit? Jika Ya, jelaskan berapa lamakah anda dirawat</p> <p>b) Apakah dilakukan pemeriksaan seperti X-ray, scan, ECG etc...? Jika "Ya" sebutkan jenis pemeriksaan yang dilakukan, hasilnya dan tanggal pemeriksaan.</p>	
	Apakah dilakukan pembedahan? Jika "Ya" jelaskan kapan, bagian mana yang dioperasi, jenis pembedahan, dll.	
	<p>a) Apakah ada benda metal yang ditanamkan ke dalam tubuh Anda? Jika "Ya", sebutkan di bagian tubuh mana benda tersebut ditanamkan?</p> <p>b) Apakah benda tersebut telah dikeluarkan dari tubuh anda?</p> <p>c) Apakah ada rencana untuk mengeluarkan benda yang ditanamkan tersebut?</p>	
3.	<p>a) Apakah ada keterbatasan dalam bergerak? Jika "Ya", jelaskan.</p> <p>b) Apakah ada dari anggota tubuh anda yang menjadi lebih pendek atau tidak ada sama sekali? Jika " Ya" sebutkan bagian anggota tubuh yang mana.</p> <p>c) Apakah saat ini memerlukan alat bantu untuk berjalan? Jika "Ya" sebutkan jenisnya.</p>	

No.	Pertanyaan	Jawaban dan keterangan
4.	Apakah ada gejala sisa, ketidakmampuan atau gangguan lain yang terjadi mis. Kehilangan penglihatan/pendengaran, sakit kepala berulang, masalah dalam mengontrol kandung kemih, dll)? (Jika "Ya" berikan penjelasan rinci.	
5.	a) Apakah Anda dimasa mendatang disarankan untuk menjalani pembedahan? Jika "Ya" sebutkan jenisnya dan tanggal yang direncanakan.  b) Apakah kondisi Anda telah pulih kembali sepenuhnya? Jika "Tidak" berikan penjelasan.	

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.

Tanggal : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nama Lengkap dan Tandatangan Calon Tertanggung