

SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA TAMBAHAN FLEXICARE

Surat Permintaan Asuransi Tambahan Flexicare ini harus diisi oleh seluruh Calon Tertanggung yang akan dipertanggungkan kecuali Tertanggung utama

No. Ref/ No. Polis	:	_____
No. Proposal	:	_____
Tanggal Permintaan	:	_____
Kode/ Nama Cabang	:	_____

ISILAH DENGAN HURUF CETAK/ HURUF BESAR !

Data Calon Tertanggung Tambahan (Tulislah data seluruh calon Tertanggung Tambahan yang akan dipertanggungkan dalam Asuransi Jiwa Tambahan ini. Catatan : data Calon Tertanggung utama yang tercantum pada Surat Permohonan Asuransi Jiwa **tidak perlu dicantumkan lagi**) .Tertanggung Tambahan harus keluarga inti (suami,istri,orangtua-anak)

No.	Nama Lengkap Tertanggung	Jenis Kelamin L/P	No. Tanda Pengenal	Hubungan (Suami, Istri,orangtua- Anak)	Tanggal Lahir			BB (kg)	TB (cm)
					Tgl	Bln	Thn		
PERTANYAAN – Beri Tanda (√) Untuk setiap jawaban “Ya”, pada pertanyaan No. 1 sampai dengan 10 mohon diberikan penjelasan / keterangan selengkap-lengkapny, seperti : nama penyakit, kapan, lama sakit, nama dokter/rumah sakit serta alamatnya, kondisi kesehatan saat ini, pada baris di bawah yang sudah disediakan diakhir pertanyaan								Ya	Tidak
1)	Apakah Anda atau Tertanggung lainnya melakukan atau mempunyai kegemaran ikut kegiatan yang beresiko ? <input type="checkbox"/> Mendaki Gunung <input type="checkbox"/> Terjun Payung <input type="checkbox"/> Berkuda <input type="checkbox"/> Arung Jeram <input type="checkbox"/> Menyelam <input type="checkbox"/> Terbang Layang <input type="checkbox"/> Balap Mobil/Motor <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan _____ Jika ada jawaban YA , mohon sebutkan Tertanggung nomor berapa dan penjelasannya ! _____ _____							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	Apakah Anda atau Tertanggung lainnya sering melakukan penerbangan yang tidak berjadwal ? Jika YA , mohon sebutkan Tertanggung nomor berapa dan penjelasannya ! _____ _____							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	Apakah Anda atau Tertanggung lainnya merokok ? Jika ada jawaban YA , mohon jelaskan Tertanggung nomor _____ Berapa banyaknya ? _____ batang per hari Jenisnya _____							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	Apakah Anda atau Tertanggung lainnya mempunyai kebiasaan minum-minuman beralkohol ? Jika YA , mohon jelaskan Tertanggung nomor _____ Berapa banyaknya ? _____ gelas/botol <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Minggu <input type="checkbox"/> Bulan Jenisnya _____							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	Apakah Anda atau Tertanggung lainnya mempunyai kebiasaan menggunakan obat penenang, narkotika dan atau zat adiktif lainnya? Jika YA , mohon jelaskan Tertanggung nomor berapa dan penjelasannya ! _____ _____							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	Apakah diantara orangtua dan atau saudara kandung Calon Tertanggung ada yang pernah / sedang menderita penyakit kencing manis, kanker, hipertensi, sakit ginjal, sakit jantung, TBC, gangguan kejiwaan, stroke, hepatitis ? Jika YA , mohon sebutkan Tertanggung nomor berapa dan penjelasannya ! _____ _____							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7)	Apakah Anda atau Tertanggung lainnya memiliki cacat fisik dan kelainan bawaan ? Jika YA , mohon sebutkan Tertanggung nomor berapa dan penjelasannya ! _____ _____							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

