

KUESIONER TAMBAHAN SEHUBUNGAN DENGAN NOVEL CORONAVIRUS - COVID-19/SARS-CoV-2

Mohon jawab pertanyaan-pertanyaan dibawah ini :

1. Apakah anda pernah menjalani pemeriksaan/tes untuk novel coronavirus (COVID-19/SARSCoV-2)?
Jika Ya, mohon sebutkan tanggal pemeriksaan/tes yang dilakukan dan hasil dari pemeriksaan/tes tersebut.
-

2. Apakah anda pernah menjalani karantina karena kemungkinan terpapar novel coronavirus (COVID 19/ SARSCoV-2)? Jika Ya, mohon sebutkan tanggal dan lokasi dimana anda menjalani karantina tersebut.
-

3. Apakah anda pernah kontak maupun melakukan kontak erat dengan seseorang yang menjalani karantina atau yang sudah didiagnosa novel coronavirus (COVID-19/SARS-CoV-2)? Jika Ya, mohon jelaskan secara rinci dan lengkap termasuk tanggal karantina dan tanggal diagnosa ditegakkan.
-

4. Apakah anda pernah mengalami satu atau beberapa gejala dibawah ini dalam 14 hari terakhir?

- Demam
- Batuk
- Nafas pendek/Sesak/susah bernafas
- lemas (seperti gejala flu)
- Hidung berair (lendir dari hidung)

Jika Ya, Mohon sebutkan gejala apa saja yang dialami dan jelaskan.

5. Apakah saat ini Anda dalam keadaan Sehat?
-

6. Pernyataan riwayat atau rencana perjalanan

- a. Mohon sebutkan riwayat perjalanan yang anda lakukan dalam 30 hari terakhir :

NEGARA	KOTA	TANGGAL KEDATANGAN	TANGGAL KEBERANGKATAN

b. Mohon sebutkan riwayat perjalanan yang anda lakukan dalam 30 hari terakhir :

NEGARA	KOTA	TANGGAL KEDATANGAN	TANGGAL KEBERANGKATAN

Pernyataan Calon Pihak Yang Diasuransikan

Saya menyatakan bahwa informasi yang saya sampaikan diatas adalah benar dan jujur.

Saya menyetujui bahwa formulir tambahan ini merupakan bagian dari SPAJ Syariah dan memahami apabila ada informasi yang terbukti tidak saya sampaikan maka akan berakibat polis saya menjadi batal.

Ditandatangani di _____ tanggal/bulan/tahun _____

Nama Jelas dan tanda tangan Pihak Yang Diasuransikan