

**SURAT PERNYATAAN KESEHATAN
UNTUK CALON PESERTA
ASURANSI KUMPULAN**

Ask. 03b - Vs. 1



Usia 53 sampai dengan 64 tahun

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	Tempat	Alamat
	Tanggal lahir: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Jenis Pekerjaan	Uang Pertanggunggaan	

Menyatakan bahwa

1. Pada saat sekarang dalam keadaan	2. Biasanya dalam keadaan
<input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Tidak Sehat	<input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Tidak Sehat
3. Dalam jangka waktu 2 (dua) tahun terakhir ini	4. Sekarang ini dalam keadaan (untuk calon peserta wanita)
<input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Tidak Pernah dirawat di rumah sakit	<input type="checkbox"/> Hamil <input type="checkbox"/> Tidak Hamil
5. Dalam jangka waktu 2 (dua) tahun terakhir ini	
5.1. <input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Tidak Pernah menderita penyakit MALARIA	
5.2. <input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Tidak Pernah menderita penyakit KANKER	
5.3. <input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Tidak Pernah menderita penyakit TBC	
5.4. <input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Tidak Pernah menderita penyakit KENCING MANIS	
5.5. <input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Tidak Pernah menderita penyakit HATI	
5.6. <input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Tidak Pernah menderita penyakit GINJAL	
5.7. <input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Tidak Pernah menderita penyakit JANTUNG	
5.8. <input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Tidak Pernah menderita penyakit AYAN	
5.9. <input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Tidak Pernah menderita penyakit LUMPUH	
5.10. <input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Tidak Pernah menderita penyakit SYARAF	
5.11. <input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Tidak Pernah menderita penyakit TEKANAN DARAH RENDAH/TINGGI	
5.12. <input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Tidak Pernah menderita penyakit KELAMIN	
6. Pernah mengajukan suatu permintaan asuransi jiwa dengan hasil	
<input type="checkbox"/> Diterima <input type="checkbox"/> Ditolak Karena Kesehatan <input type="checkbox"/> Ditolak Bukan Karena Kesehatan	pada perusahaan asuransi jiwa:
7. Diantara Orang tua dan Saudara sekandung	Nama
7.1. <input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Tidak Pernah menderita penyakit TBC	Hubungan Keluarga :
7.2. <input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Tidak Pernah menderita penyakit SAWAN (EPILIPSIA)	
7.3. <input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Tidak Pernah menderita penyakit KANKER	
7.4. <input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Tidak Pernah menderita penyakit ROHANI	
7.5. <input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Tidak Pernah menderita penyakit KENCING MANIS (DIABETES)	
7.6. <input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Tidak Pernah menderita penyakit PITAM	
7.7. <input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Tidak Pernah menderita penyakit JANTUNG	

8. Di antara Orang Tua dan Saudara sekandung		Nama
<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak Ada yang pernah melakukan percobaan bunuh diri.		
		Hubungan Keluarga
9. Berat Badan	Tinggi Badan	
kg	cm	

Pernyataan ini saya buat sesuai dengan keadaan yang sebenarnya dan saya menyatakan jika ada keterangan-keterangan yang tidak benar, AJB Bumiputera 1912 berhak membatalkan perjanjian asuransi saya dan AJB Bumiputera 1912 bebas dari kewajiban untuk membayar apapun.

_____, ____/____/ 20____

Mengetahui

Meterai

Pemegang Polis

Calon Peserta