

**PERNYATAAN KESEHATAN**

No. SPAJ : .....  
Nama Calon Tertanggung : .....  
Nama Calon Pemegang Polis : .....

Dengan ini Saya menyatakan bahwa sejak saat SPAJ tersebut di atas Saya lengkapi dan tandatangi sampai dengan Pernyataan Kesehatan ini Saya lengkapi dan tandatangi,

1. Saya tidak berganti pekerjaan dan atau kegemaran/aktifitas olah raga saya.
2. Saya tidak pernah berkonsultasi dengan dokter umum/spesialis, melakukan pemeriksaan penunjang diagnostik atau rawat inap di Rumah Sakit karena penyakit atau kecelakaan.
3. Saya tidak menderita penyakit apapun, mengalami kecelakaan atau cacat jasmani dan saat ini saya dalam kondisi sehat jasmani dan rohani.
4. Tidak ada permintaan Asuransi Jiwa atau Asuransi Kesehatan saya pada perusahaan Asuransi lain yang pernah ditolak, ditunda atau mendapat tambahan premi.

Apabila terjadi perubahan pada kondisi-kondisi tersebut di atas, berilah penjelasan pada kolom di bawah ini, antara lain jenis pemyakit/pekerjaan, tanggal konsultasi, nama dan alamat Dokter yang merawat, jenis pengobatan dan apakah masih menjalani perawatan sampai sekarang.

.....  
.....  
.....

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.

Selanjutnya, dengan ini saya memberi Kuasa kepada Rumah Sakit, Dokter, Klinik, Perusahaan Asuransi/Reasuransi, Lembaga/Organisasi, atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan dan keterangan lain mengenai diri Saya, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua catatan riwayat kesehatan Saya dan segala ketearnan lainnya mengenai diri Saya.

Penanggung dapat menggunakan Foto Copy surat kuasa ini untuk keperluan yang sah.

.....  
(Tempat & tanggal)

.....  
(Nama jelas dan tandatangan saksi)

.....  
(Nama dan tandatangan calon Tertanggung)

**Catatan :**

- Formulir akan diminta untuk diisi apabila jangka waktu antara tanggal pengisian SPAJ dan tanggal SPAJ diterima di kantor pusat Penanggung lebih dari 30 (tiga puluh) hari.
- Apabila terdapat lebih dari 1 (satu) calon tertanggung pada 1 (satu) SPAJ, mohon masing-masing calon tertanggung melengkapi formulir ini.