

V. KETERANGAN KESEHATAN / HEALTH INFORMATION

Tinggi Badan : cm
Height

Berat Badan :kg
Weight

No	PERNYATAAN KESEHATAN / HEALTH DECLARATION	Ya Yes	Tidak No
1	<p>Berdasarkan pengetahuan terbaik Anda apakah anda dalam keadaan sehat, sepenuhnya bebas dari semua penyakit , sakit, kelainan bentuk dan cacat/ketidakmampuan ? <i>Based on your knowledge, are you in good health and entirely free from all defects, diseases, ailments, deformities and disabilities ?</i></p>		
2	<p>Apakah dalam 5 tahun terakhir anda pernah melakukan medical checkup, dioperasi/dirawat di rumah sakit atau dalam masa pengobatan/perawatan yang membutuhkan obat-obatan dalam masa yang lama ? <i>Have you in last 5 years, visited a doctor for a medical checkup/undergone surgery or in the treatment / care that require medical treatment in a long time ?</i></p>		
3	<p>Apakah anda mengalami kenaikan atau penurunan berat badan sebanyak 4.5 kg atau lebih dalam 12 bulan terakhir ? <i>Have you gained or lost weight of 4.5 kg or more in the last 12 months ?</i></p>		
4	<p>Apakah Anda pernah mengkonsumsi obat yang dilarang oleh hukum atau kecanduan pada sejenis obat atau turunannya ? <i>Have you ever taken any drugs which are banned by law or been addicted to any drugs or substances ? if yes, please specify type of drug</i></p>		
5	<p>Apakah anda pernah atau sedang menderita : cacat, tumor/kanker, TBC, Hepatitis B atau C, asma, radang paru-paru akut, kencing manis, penyakit hati, penyakit ginjal atau saluran kencing, masalah pada jantung/stroke atau arteri jantung, tekanan darah tinggi , sakit lupus, gangguan jiwa/stress, epilepsi (ayan), masalah otot atau tulang, masalah pada spinal, kekurangan darah atau haemophilia, tiroid, masalah pada mata atau telinga (selain masalah pada melihat dekat dan jauh dari lensa) penyakit seksual, penyakit AIDS, HIV dan Related Complex (ARC) atau penyakit kronis lainnya ? jika "YA" Jelaskan <i>Have you ever suffered : disabilities, tumor/cancer, Tuberculosis, Hepatitis B or C, Asthma, bronchitis, diabetes, liver diseases, disease of the kidneys or bladder, any disorder of the heart of arteries, raised blood pressure, Lupus disease, mental or nervous disorder, epilepsy, any muscular or bone disorder, any spinal problems, anemia or haemophilia, a thyroid disorder, any disorder or disease of the eyes or ears (excluding the use of corrective lenses for short or long sightedness), sexually transmitted disease, AIDS, HIV and related complex (ARC) or any other serious infection ?</i></p>		
6	<p>Apakah anda mengkonsumsi Alkohol ? Jika ya mohon dijelaskan <i>Do you / the person to be insured consume alcohol ?, if yes please specify</i></p>		
7	<p>Apakah anda melakukan atau bermaksud untuk mengikuti aktifitas atau olah raga beresiko ? seperti olah raga dirgantara, balap motor atau sepeda motor, atau menyelam ? Jika ya, jelaskan secara detail olah raga atau aktifitas dimaksud dan frekuensi kegiatan atau pengalaman yang dimiliki. <i>Do you participate or are you planning to participate in any hazardous sport or activity ? Example includes private aviation, motor car or motor-cycle racing or scuba diving, if yes, please give details of the sport or activity including frequency of participation of experience</i></p>		
8	<p>Apakah salah satu orang tua atau saudara kandung yang meninggal dunia sebelum usia 65 tahun ? jika ya, sebutkan umur, hubungan dan penyebab kematian</p>		

<i>Did either parent or any brother or sister die before the age of 65 ? if yes please give age, relationship and cause of death</i>		
--	--	--

Berikan penjelasan secara detail pada kolom dibawah atau pada lembar tambahan dengan memberikan informasi mengenai, tanggal, lama, diagnosa, pengobatan, lab tes, alasan - alasan, hasil, nama dan alamat dokter yang dikunjungi, nama rumah sakit, dan penjelasan mengenai apakah saat ini sudah sembuh total untuk jawaban ya pada pertanyaan nomor 2 s.d 8 di atas

Give full details below or in a supplementary sheet as dates, duaration, diagnosis, treatments, tests, reasons, results, name and address of doctor(s) attended, hospital, clinic, and whether a full recovery has been made, if any answer of above questions number 2 to 8 is "Yes"

Demikian keterangan dan jawaban saya berikan dalam Surat Permintaan ini adalah lengkap dan benar. Saya memahami apabila terdapat pernyataan/keterangan yang tidak benar, maka pertanggungn ini menjadi batal dan PT. Pan Pacific Insurance dibebaskan dari segala kewajibannya untuk membayar klaim. Dengan menandatangani Surat Permintaan ini saya memberikan kuasa kepada Dokter, Rumah Sakit/Klinik, Puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan kepada PT. Pan Pacific Insurance segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya yang diperlukan dalam hubungan dengan perjanjian asuransi ini. Apabila dari hasil pemeriksaan kesehatan saya ditemukan kelainan, saya bersedia membayar tambahan premi atau PT. Pan Pacific Insurance berhak menolak asuransi kredit saya.

Ditandatangani di

Tanggal :	Tanggal :
-----	-----
Nama Jelas & Tanda Tangan Kreditur	Nama Jelas Tanda Tangan Calon Peserta

**DIISI OLEH BAGIAN UNDERWRITING
CATATAN UNDERWRITING**

Data Lengkap : Ya / Tidak	Umur.....th Medis/Non Medis Fakultatif : Ya / Tidak	Konsultasi Medis
Medis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
Ditunda :	Ditolak	Diterima : Standar Substandar Extra Mortalita%