



## FORMULIR PEMULIHAN ASURANSI

Saya yang bertandatangan di bawah ini adalah Pemegang Polis dengan data sebagai berikut :

Nama Pemegang Polis :	<input type="text"/>	Tanggal Pengajuan :	<input type="text"/> Tanggal - <input type="text"/> Bulan - <input type="text"/> Tahun
Nama Tertanggung :	<input type="text"/>	Nama Agen :	<input type="text"/>
Nomor Polis :	<input type="text"/>	Nomor Agen :	<input type="text"/>

Dengan ini saya mohon kepada PT HEKSA SOLUTION INSURANCE untuk melakukan transaksi berikut :  
**WAJIB DIISI DAN DILENGKAPI DENGAN MEMBERIKAN TANDA ✓ PADA KOTAK YANG TERSEDIA**

### DATA PRIBADI PEMEGANG POLIS

Nama Lengkap (Sesuai KTP/SIM) :

Alamat Korespondensi Jalan :   
RT/RW :  Kelurahan :  Kecamatan :   
Kota :  Provinsi :  Kode Pos :

Informasi Kontak HP :  Rumah :  Kantor :   
Email :

Tempat/Tanggal Lahir :

No.KTP/SIM/Passport :

Kewarganegaraan :

### DATA PRIBADI TERTANGGUNG

Nama Lengkap (Sesuai KTP/SIM) :

Alamat Korespondensi Jalan :   
RT/RW :  Kelurahan :  Kecamatan :   
Kota :  Provinsi :  Kode Pos :

Informasi Kontak HP :  Rumah :  Kantor :   
Email :

Tempat/Tanggal Lahir :

No.KTP/SIM/Passport :

Kewarganegaraan :

### DATA KESEHATAN DAN HOBI TERTANGGUNG

Calon Tertanggung Utama (TU) dan Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1) harus menjawab semua pertanyaan data kesehatan dan hobi dalam Formulir ini (dan dalam pernyataan pribadi yang menyangkut kesehatan yang diajukan oleh Tertanggung atau pemeriksa kesehatan secara lengkap dan jujur. Ketidaklengkapan dalam pengisian data kesehatan dan hobi dapat mengakibatkan berubahnya keputusan *underwriting* (seleksi risiko) dan/atau pembatalan Pengajuan Pemulihan Polis

Apabila Calon Pemegang Polis ingin menambahkan informasi yang belum dituliskan di Polis ini.

	Calon Tertanggung Utama (TU)	Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)
Tinggi Badan	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm
Berat Badan	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg

	Calon Tertanggung Utama (TU)	Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)
Apakah Calon Tertanggung Utama (TU) dan Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1) merokok	YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/>	YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/>

Jika "Ya", mohon melengkapi data di bawah ini

1. Perilaku Merokok Sebutkan

frekuensi merokok Calon

Tertanggung : (pilih salah satu)

**Calon Tertanggung Utama (TU)**

<input type="checkbox"/> a. Harian	<input type="checkbox"/> 1 - 20 batang	<input type="checkbox"/> d. Sudah berhenti merokok < 1 thn yang lalu
<input type="checkbox"/> b. Mingguan	<input type="checkbox"/> 21 - 30 batang	<input type="checkbox"/> e. Sudah berhenti merokok > 1 thn yang lalu
<input type="checkbox"/> c. Bulanan	<input type="checkbox"/> > 30 batang	<input type="checkbox"/> f. Tidak pernah merokok
		<input type="checkbox"/> g. Lainnya, sebutkan : <input type="text"/>

**Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)**

<input type="checkbox"/> a. Harian	<input type="checkbox"/> 1 - 20 batang	<input type="checkbox"/> d. Sudah berhenti merokok < 1 thn yang lalu
<input type="checkbox"/> b. Mingguan	<input type="checkbox"/> 21 - 30 batang	<input type="checkbox"/> e. Sudah berhenti merokok > 1 thn yang lalu
<input type="checkbox"/> c. Bulanan	<input type="checkbox"/> > 30 batang	<input type="checkbox"/> f. Tidak pernah merokok
		<input type="checkbox"/> g. Lainnya, sebutkan : <input type="text"/>

		<u>Calon Tertanggung Utama (TU)</u>		<u>Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)</u>	
		YA	TIDAK	YA	TIDAK
2	Dalam 2 tahun terakhir dan hari ini, apakah fisik dan mental (jiwa) anda sedang menjalani pengobatan atau perawatan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika "Ya", jelaskan :		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
Mohon Calon Tertanggung memberi tanda √ untuk setiap kelainan yang pernah/sedang dimiliki sesuai dengan kelainan tersebut :					
		<u>Calon Tertanggung Utama (TU)</u>		<u>Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)</u>	
		YA	TIDAK	YA	TIDAK
a.	Rabun jauh dengan menggunakan kacamata / softlens (lensa kontak) melebihi -6,0 pada satu atau kedua mata/Katarak/kelainan mata lainnya.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Gangguan Telinga/Hidung/Tenggorokan (THT) / Sinus / Gangguan Bicara.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Gangguan Pernafasan* / Batuk Berkepanjangan* / Sesak Nafas* / Bronkitis* / Asma* / Tuberkulosis (TBC)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Sesak Nafas yang disebabkan karena kelainan / Penyakit Jantung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Gangguan Saluran Pencernaan ( Maag / Gastritis )* / Usus* / Hernia / Pankreas / Organ Pencernaan lainnya.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Hepatitis A / Hepatitis B / Hepatitis C / Hati (selain Hepatitis) / Kandung Empedu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Ginjal / Saluran Kemih (termasuk batu) / Cuci Darah / Prostat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Alergi / Penyakit Kulit atau Kelamin / Malaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Sakit Kepala* / Pusing* / Migran* / Vertigo* / Gangguan Kesadaran / Otak/Saraf / Epilepsi / Ayan** / Kelainan Psikologis / Kejiwaan*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Gangguan Persendian* / Rematik* / Kelainan pada Otot* / Sendi* atau Tulang* / Gangguan Tulang Belakang* / Polio* / Multiple Sclerios / Asam Urat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Kencing Manis* / Kelenjar Gondok* atau Endokrin / hormon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Payudara* / Kandungan* atau Indung Telur*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	Hemoroid (wasir) / Varises / Kelainan Pembuluh Darah Lainnya.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n.	Kelainan Darah* ( Thalassemia / Hemofilia / Leukimia / Anemia atau Kelainan Darah Lainnya) / Menerima Transfusi Darah.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o.	Systemic Lupus Eritematosus (SLE) / Anti-Cardiolipin Antibodies (ACA) atau Auto Immune Diseases (Penyakit Sistem Kekebalan Lainnya).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p.	Kecelakaan / Cidera Berat Berkepanjangan / Kelumpuhan / Kelainan Syaraf Lainnya.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p1. Bila Kecelakaan menyangkut alat gerak, bagaimana fungsi alat gerak tersebut saat ini ?					
<b>Calon Tertanggung Utama (TU)</b>		<b>Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)</b>			
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			
p2.	Apakah saat ini terpasang pen pada tubuh Calon Tertanggung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Kuesioner diisi oleh Calon Tertanggung **Kuesioner diisi oleh Calon Tertanggung atau Dokter					

	Calon Tertanggung Utama (TU)		Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)	
q. AIDS atau kondisi yang berhubungan dengan AIDS (Demam / Kelelahan / Diare Kronis / penurunan berat badan / Pembesaran Kelenjar Getah Bening / luka di kulit berulang dan berkepanjangan yang tidak diketahui penyebabnya).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Penyakit lain yang belum disebutkan ?				

\* Kuesioner diisi oleh Calon Tanggung \*\*Kuesioner diisi oleh Calon Tertanggung atau Dokter

3. Berikut adalah penyakit yang biasa dialami oleh kebanyakan orang dalam kehidupan mereka. Mohon Calon Tertanggung memberi tanda √ untuk setiap gejala / kelainan yang dimiliki dan mengisi KUESIONER sesuai dengan kelainan tersebut.

<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center; width: 30px;">TU</td> <td style="text-align: center; width: 30px;">TT1</td> <td style="width: 10px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10px;"></td> <td>a. Nyeri Dada*</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10px;"></td> <td>b. Kelainan Jantung &amp; Pembuluh Darah</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10px;"></td> <td>c. Kelainan Jantung Bawaan **</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10px;"></td> <td>d. Demam Rheuma/Penyakit Jantung Rematik</td> </tr> </table>	TU	TT1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		a. Nyeri Dada*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		b. Kelainan Jantung & Pembuluh Darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		c. Kelainan Jantung Bawaan **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		d. Demam Rheuma/Penyakit Jantung Rematik	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center; width: 30px;">TU</td> <td style="text-align: center; width: 30px;">TT1</td> <td style="width: 10px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10px;"></td> <td>e. Peningkatan Kolesterol</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10px;"></td> <td>f. Tekanan Darah Tinggi *</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10px;"></td> <td>g. Stroke</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10px;"></td> <td>h. Tidak pernah mengalami 3a s/d g</td> </tr> </table>	TU	TT1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		e. Peningkatan Kolesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		f. Tekanan Darah Tinggi *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		g. Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		h. Tidak pernah mengalami 3a s/d g
TU	TT1																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		a. Nyeri Dada*																																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		b. Kelainan Jantung & Pembuluh Darah																																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		c. Kelainan Jantung Bawaan **																																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		d. Demam Rheuma/Penyakit Jantung Rematik																																						
TU	TT1																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		e. Peningkatan Kolesterol																																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		f. Tekanan Darah Tinggi *																																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		g. Stroke																																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		h. Tidak pernah mengalami 3a s/d g																																						

\* Kuesioner diisi oleh Calon Tertanggung \*\* Kuesioner diisi oleh Dokter

4. Jika Calon Tertanggung pernah menderita salah satu dari kelainan di bawah ini, mohon memberi tanda √ dan mengisi KUESIONER sesuai dengan kelainan tersebut :

	TU	TT1	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Nodul / Kista - yang bukan kanker
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Tumor / Pertumbuhan / Pembengkakan / Pembesaran Lainnya - yang bukan Kanker
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Tumor / Pertumbuhan / Pembengkakan / Pembesaran Lainnya - yang merupakan Kanker
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Tidak pernah mengalami 4 a s/d c

5. Apabila Calon Tertanggung menjawab "Ya" untuk 1 (satu) atau lebih pernyataan nomor **2, 3 dan 4** yang tidak ada asteriknya (tanpa \*\*/\*\*/\*), mohon menjawab pertanyaan di bawah ini ( Apabila melebihi kolom yang tersedia, mohon menuliskan jawabannya pada "Surat Pernyataan/untuk SPAJ/SPAJT Pengajuan Pelayanan Polis" dan dilampirkan bersama Formulir ini ).

	Calon Tertanggung Utama (TU)	Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)
a. Nama keadaan/penyakit :		
b. Kapan terakhir kambuh :		
c. Nama dan alamat lengkap Dokter yang merawat / rumah sakit :		
d. Tanggal konsultasi / perawatan :		
e. Sebutkan tindakan medis, operasi dan mana obat yang diberikan :		
f. Bagaimana Hasilnya pada saat itu :		
g. Bagaimana keadaannya sekarang :		
h. Jika menggunakan pen, kapan pen dilepas :		

- 6 a Tertanggung pernah / sedang menderita penyakit / gangguan yang mengakibatkan Menjalani rawat inap / rawat jalan, operasi, biopsi, endoskopi?  Ya  Tidak  Ya  Tidak
- b Pernah transfusi darah dalam 2 tahun terakhir ?  Ya  Tidak  Ya  Tidak
- c Pernah ditolak transfusi darah dalam 2 thn terakhir?  Ya  Tidak  Ya  Tidak
- d Pernahkah Calon Tertanggung menjalani atau dianjurkan melakukan pemeriksaan jantung / darah / air seni / rontgen / ultrasonography (USG) / Computerized Tomography Scanner (CT Scan) / Biopsi / pemeriksaan penunjang atau diagnostik lainnya? Jika "Tidak" mohon diabaikan.
- Apabila calon Tertanggung menjawab "Ya", mohon menjawab pertanyaan di bawah ini. Apabila melebihi kolom yang tersedia, mohon menuliskan jawabannya pada "Surat Pernyataan / Amandemen untuk SPAJ / SPAJT / Pengajuan Pelayanan Polis" dan dilampirkan bersama Formulir ini.

	Calon Tertanggung Utama (TU)	Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)
a Apa saja pemeriksaannya?		
b Kapan dilakukan pemeriksaan tersebut?		
c Apakah alasan dilakukan pemeriksaan tersebut?		
d Bagaimana hasilnya? Apabila ada, mohon meminjamkan hasilnya.		

Mohon memberi tanda √ :   TU TT1 Jika hasil pemeriksaan ada dan dilampirkan di Formulir ini.   TU TT1 Jika hasil pemeriksaan tidak disimpan lagi

- 7 a Apakah ada diantara immediate family\* / anggota keluarga\*\* dari Calon Tertanggung (hidup atau meninggal) yang pernah menderita penyakit jantung koroner / stroke / diabetes mellitus / kanker / kelainan bawaan atau congenital / penyakit lainnya?  Ya  Tidak  Ya  Tidak

Jika "Ya", mohon melengkapi data penyakit immediate family/anggota keluarga dengan memberi tanda √ pada penyakit yang tercantum pada tabel berikut ini :

Anggota Keluarga	Penyakit											
	Jantung Koroner		Stroke		Diabetes Mellitus		Kanker (sebutkan jenisnya)		Kelainan Bawaan/ Congenital		Lainnya (sebutkan)	
	TU	TT1	TU	TT1	TU	TT1	TU	TT1	TU	TT1	TU	TT1
i Ayah												
ii Ibu												
iii Saudara Laki-laki												
iv Saudara Perempuan												
v Anak												
vi Lainnya : ..... (mohon diisi) (Paman, Bibi, Kakek, Nenek, Keponakan, Sepupu, dll)												

\*Immediate family : ayah, ibu, saudara kandung laki-laki/perempuan, anak

\*\* Anggota keluarga : immediate family, paman, bibi, kakek, nenek, keponakan, sepupu dan lain-lain

b Jika Calon Tertanggung menjawab "Ya" untuk 1 (satu) atau lebih pertanyaan nomor 7a, mohon sebutkan usia saat didiagnosa untuk masing-masing penyakit tersebut.

Calon Tertanggung Utama (TU)	Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)

(Apabila jawabannya melebihi kolom yang tersedia, mohon menuliskan jawabannya pada "Surat Pernyataan/Amandemen untuk SPAJ/SPAJT/Pengajuan Pelayanan Polis dan dilampirkan bersama Formulir ini)

- 8 a Apakah Calon Tertanggung pernah atau sedang menggunakan obat-obatan terlarang / narkoba atau bahan adiktif lainnya \*dalam 5 (lima) tahun terakhir?  Ya  Tidak  Ya  Tidak

		Calon Tertanggung Utama (TU)		Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)	
b	Apakah Calon Tertanggung mempunyai kebiasaan minuman keras / alkohol / sejenisnya?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
	Jenis minuman alkohol	<input type="text"/>			
	Intensitas	<input type="text"/> gelas/hari			
d	Apakah Calon Tertanggung pernah terlibat dalam suatu tindakan pidana*?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak

		Calon Tertanggung Utama (TU)		Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)	
9 a	Apakah ada obat-obatan lain yang digunakan?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
b	Bila ada, mohon sebutkan jenisnya dan alasan penggunaannya	<input type="text"/>			

10 Apakah Calon Tertanggung memiliki hobi atau sewaktu-waktu melakukan kegiatan yang berisiko tinggi atau Calon Tertanggung masih aktif dalam pekerjaan berisiko tinggi tersebut di bawah ini, jika "Tidak" mohon diabaikan.

Jika "Ya", mohon Calon Tertanggung memberi tanda √ pada hobi / kegiatan / pekerjaan yang dimiliki / dilakukan dan mengisi KUESIONER sesuai hobi / kegiatan / pekerjaan tersebut

TU	TT1		TU	TT1		TU	TT1	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a Menyelam / olahraga air selain menyelam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d Balap Motor / Mobil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g Nelayan / Kelautan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b Caving & potholing / panjat tebing / mendaki gunung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e Pertambangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h Penerbangan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c Terjun payung, paralayang, microlighting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f Minyak dan Gas Bumi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i TNI / POLRI

		Calon Tertanggung Utama (TU)		Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)				
11.	Hanya untuk wanita							
a.	Apakah saat ini Calon Tertanggung sedang hamil :	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak			
	Jika "Ya", sebutkan perkiraan tanggal-bulan-tahun persalinan	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
b.	Apakah Calon Tertanggung pernah melakukan <b>papsmea</b> r	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak			
c.	Apakah Calon Tertanggung pernah melahirkan dengan cara operasi / Sectio Caesaria karena alasan kesehatan :	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak			
d.	Apakah Calon Tertanggung pernah mengalami kesulitan / komplikasi pada saat hamil atau melahirkan :	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak			
e.	Pernah/sedang menderita penyakit / keluhan pada payudara atau kandungan?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak			

Apabila Calon Tertanggung menjawab "Ya" untuk pertanyaan 11a,c dan d di atas, mohon menjawab pertanyaan di bawah ini.

(Apabila jawabannya melebihi kolom yang tersedia, mohon menuliskan jawabannya pada "Surat Pernyataan / Amademen untuk SPAJ / SPAJT / Pengajuan Pelayanan Polis dan dilampirkan bersama Formulir ini")

	Calon Tertanggung Utama (TU)	Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)
i.	Jika "Ya", kapan :	<input type="text"/>
ii.	Bagaimana hasil atau kondisinya saat itu :	<input type="text"/>
iii.	Nama dan alamat lengkap Dokter yang merawat atau rumah sakit yang dikunjungi :	<input type="text"/>
iv.	Jenis perawatan yang diberikan :	<input type="text"/>

		Calon Tertanggung Utama (TU)	
12	Khusus untuk Calon Tertanggung Utama anak - anak dengan usia sebenarnya kurang dari 5 (lima) tahun, apakah berat badan waktu lahir ≤ 2500gr?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak

