

8. Apakah pernah dilakukan pemeriksaan penunjang medis? (Misal: Pemeriksaan darah, rontgen, EKG, EMG, MRI, CT scan, dll)

Ya, lampirkan salinan hasil pemeriksaan yang dilakukan dan sebutkan: Tidak

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Nama Dokter	Nama dan Alamat RS/ Laboratorium	Hasil Pemeriksaan
d d m m y y y y				
d d m m y y y y				
d d m m y y y y				
d d m m y y y y				

9. Selain pernyataan pada no. 6 sampai no. 8 diatas, Apakah ada pemeriksaan penunjang, operasi/pembedahan, tindakan dan pengobatan lainnya yang disarankan oleh Dokter?

Ya, sebutkan: Tidak

10. Mohon sebutkan nama dan alamat Dokter yang sering Anda kunjungi untuk berkonsultasi/berobat penyakit pada kelainan tulang belakang?

Nama Dokter	Alamat Dokter/Klinik/Rumah Sakit	Kapan konsultasi terakhir

11. Apakah ada informasi lain yang ingin disampaikan yang dapat membantu proses pengajuan asuransi Anda?

Dengan ini saya, Tertanggung dengan identitas tersebut di atas dan bertanda tangan di bawah, menyatakan bahwa semua pernyataan dan jawaban yang saya berikan adalah lengkap dan benar tanpa ada informasi yang disembunyikan yang dapat mempengaruhi penerimaan pengajuan atau perubahan asuransi terkait. Dokumen ini merupakan satu kesatuan yang tak terpisahkan dengan SPAJ/Polis.

Saya dan Pemegang Polis setuju dokumen ini akan dijadikan dasar perikatan antara Pemegang Polis dan PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia ("TMLI") yang dapat dibatalkan jika dikemudian hari diketahui adanya informasi yang disembunyikan atau tidak benar.

Ditandatangani di

Tanggal

Pemegang Polis⁽¹⁾
_____ Nama Lengkap

Tertanggung
_____ Nama Lengkap

Catatan:
(1) Jika CPP adalah Badan/Perusahaan, maka kolom CPP ditandatangani oleh Pemilik Direksi/Orang yang bertanggung jawab.