

9. Perawatan di *incubator*?
Treatment in an incubator

Ya/Yes
- Berapa lama:/How long: Hari/minggu/bulan*/days/weeks/month
*Pilih yang sesuai/Select the appropriate

Tidak/No
 Hari/Days

10. Berapa lama perawatan (Calon) Tertanggung/Peserta di Klinik Bersalin/Rumah Sakit setelah dilahirkan?/How long was the treatment of (Proposed) Life Assured/Participant in the maternity clinic/hospital after the birth?

11. Apakah saat ini (Calon) Tertanggung/Peserta dalam pengobatan?
Is the (Proposed) Life Assured/Participant currently in any medications?

Ya/Yes
- Nama obat yang diberikan:
Name of the medication:
- Dosis:/Dosage:
 Tidak/No

12. Mohon sebutkan bila ada informasi lain yang mungkin dapat membantu proses pengajuan Asuransi ini:
Please provide any additional information that you feel will be helpful in processing your application

Dengan ini SAYA telah memberikan jawaban dan keterangan dalam Surat Keterangan Kondisi Kesehatan Anak ini dengan se jelas-jelasnya dan sebenar-benarnya. SAYA tidak menyembunyikan informasi apapun yang dapat memengaruhi penerimaan Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ). SAYA menyetujui Kuesioner ini akan menjadi bagian dari SPAJ dan bahwa penyembunyian informasi material apapun dapat mengakibatkan batalnya kontrak asuransi jiwa sebagaimana diatur dalam SPAJ dimaksud.

I herewith declare that I have completely and correctly provided answers and information in this Certificate of The Child's Health Condition. I have not withheld any information that may influence the assessment of the life Insurance Policy Application Form. I agree that this Questionnaire will be part of the Application Form and that failure to disclose any fact known to me may invalidate the contract as regulated in the respective Application Form.

Dinyatakan di: _____
Signed in

Tanggal: - - (tg/bln/thn)
on (dd/mm/yyyy)

Nama & tanda tangan pihak yang melengkapi formulir ini*
*Name & signature of the complete this form**

Tanda Tangan (Calon) Pemegang Polis sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan
Signature of (Proposed) Policy Holder as per attached ID card

*Hubungan dengan (Calon) Tertanggung/Peserta: (Beri tanda ✓)
Relationship with (Proposed) Life Assured/Participant: (Please give

- Orang tua/Parents
 Bidan/Midwife
 Dokter/Doctor
(harus disertai dengan stempel Dokter/RS)
(must fill with Doctor's stamp/Hospital)

Tanda Tangan OrangTua (Calon) Tertanggung/ Peserta (jika berbeda dari (Calon) Pemegang Polis) sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan/*Signature of parent of (Proposed) Life Assured/ Participant (if different from (Proposed) Policy Holder) as per ID attached*

Tanda Tangan Tenaga Pemasar
Signature of Sales Representative

Kode Tenaga Pemasar:
Code of Sales Representative:

Catatan: Segala risiko yang timbul akibat ditandatanganinya kuesioner ini dalam keadaan kosong menjadi tanggung jawab (Calon) Pemegang Polis

Note: All risks that arise by signing this questionnaire in blank will be the (Proposed) Policy Holder's responsibility

