

**KUESIONER KECELAKAAN**  
(Diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung : .....

No. SPA/Polis : ..... / .....

Pengajuan Baru       Pemulihan/Perubahan Polis

1. Sebutkan tanggal terjadinya kecelakaan tersebut? (tanggal/bulan/tahun) .....

2. Mohon jelaskan kronologi singkat terkait kecelakaan tersebut? .....

3. Mohon jelaskan jenis luka yang dialami

a. Luka Lecet di .....

b. Luka Robek di .....

c. Gegar Otak (ringan/sedang/berat) .....

d. Dislokasi / Keseleo di .....

e. Patah Tulang di .....

f. Luka bagian dalam tubuh .....

g. Lainnya, Jelaskan .....

4. Mohon beri tanda pada bagian tubuh yang mengalami cedera?

Kepala       Dada      Anggota Gerak Atas, Jelaskan .....

Leher       Perut      Anggota Gerak Bawah, Jelaskan .....

Lainnya, jelaskan .....

5. Apakah Anda mengalami pingsan?  Ya       Tidak

Jika Ya, Jelaskan berapa lama? .....

6. Apakah Anda pernah berkonsultasi ke dokter atau rawat inap di rumah sakit sehubungan kecelakaan tersebut?

Ya       Tidak

• Jika Ya, Jelaskan tanggal rawat inap dan berapa lama? .....

Nama Dokter dan Rumah Sakit? .....

Terapi dan Tindakan yang diberikan? .....

• Jika Tidak, Mohon jelaskan .....

7. Apakah pemeriksaan diagnostik yang dilakukan? (mohon lampirkan hasil pemeriksaan tersebut)

a. CT Scan  Ya  Tidak (Dibagian Kepala/Leher/Dada/Perut/Anggota Gerak Atas atau Bawah/Lainnya .....

b. MRI  Ya  Tidak (Dibagian Kepala/Leher/Dada/Perut/Anggota Gerak Atas atau Bawah/Lainnya .....

c. X-ray  Ya  Tidak (Dibagian Kepala/Leher/Dada/Perut/Anggota Gerak Atas atau Bawah/Lainnya .....

d. Lainnya, Jelaskan .....

Bagaimana Hasil Pemeriksaan diagnostik tersebut? .....

8. Apakah dilakukan pemasangan Pen/Plate/Screw/Lainnya?  Ya       Tidak

Jika Ya, Dibagian tubuh mana? .....

Kapan rencana Pen/Plate/Screw diangkat atau dilepas? .....

9. Apakah saat ini terdapat gangguan fungsi atau cacat yang sifatnya menetap (kelumpuhan)?  Ya       Tidak

Jika Ya, Jelaskan terdapat pada anggota tubuh atau panca indera apa :

Anggota Gerak Atas, Jelaskan .....

Anggota Gerak Bawah, Jelaskan .....

Panca Indera, Jelaskan .....

**KUESIONER KECELAKAAN**  
(Diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung : .....

No. SPA/Polis : ..... / .....

10. Apakah Anda menggunakan alat bantu untuk melakukan kegiatan sehari - hari?  Ya  Tidak

Jika Ya, Jenis / Alat bantu apa yang saat ini Anda gunakan?

Kruk / Tongkat / Tripod  Cervical collar / Penyangga Leher

Walker  Kursi Roda

Lainnya, Jelaskan .....

11. Apakah setelah kecelakaan tersebut Anda mengalami :

a. Sakit Kepala  Ya  Tidak

e. Kehilangan Konsentrasi dan Ingatan  Ya  Tidak

b. Sakit Tulang Belakang  Ya  Tidak

f. Gangguan Mental  Ya  Tidak

c. Depresi  Ya  Tidak

g. Epilepsi  Ya  Tidak

d. Lainnya, Sebutkan .....

Informasi tambahan yang ingin disampaikan sehubungan riwayat kecelakaan Anda?

.....  
.....

**PERNYATAAN DAN SURAT KUASA**

Saya telah mengisi dan memberikan seluruh keterangan secara lengkap dan sebenarnya. Saya menyetujui bahwa formulir ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Surat Pengajuan Asuransi Jiwa atas nama Saya. Apabila ternyata terdapat keterangan yang tidak sesuai dengan keadaan sebenarnya maka PT Asuransi Jiwa Sequis Life berhak membatalkan atau tidak menerima permohonan kontrak asuransi ini.

Ditandatangani di:

Tanggal/bulan/tahun pengisian:

.....  
(Nama Lengkap dan Tanda Tangan Calon Tertanggung)

- ▲ Jika Calon Tertanggung berusia kurang dari 18 tahun, kuesioner harus ditandatangani oleh orangtua/wali.
- ▲ Orangtua/wali adalah yang sama bertandatangan di SPA.