

15. a. Pernahkah Anda mendapatkan perawatan ataupun pernah diberitahu bahwa Anda mempunyai penyakit Jantung, TBC, Kencing Manis, Penyakit kelamin, Gangguan Mental, Luka atau Sakit pinggang akut (lumbago), AIDS dan lain-lain? Ya Tidak
- b. Sejak lima tahun terakhir, pernahkah Anda menderita suatu penyakit atau menerima pengobatan atau menjalani operasi ? Ya Tidak

Jika jawaban Anda untuk 15.a. dan 15.b. adalah "Ya" berikan penjelasan selengkapnya:

<u>Jenis Perawatan/operasi</u>	<u>Kapan</u>	<u>Lama perawatan</u>
.....
.....

16. Ahli Waris :

No	Nama	Hubungan dengan Tertanggung	Alamat/No. Telepon

Yang bertanda tangan dibawah ini :

- menyatakan bahwa keterangan tersebut di atas dibuat dengan sejujurnya dan sesuai dengan keadaan sebenarnya menurut pengetahuan saya atau yang seharusnya saya ketahui;
- menyadari bahwa keterangan tersebut akan digunakan sebagai dasar dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari polis yang akan diterbitkan, oleh karenanya ketidakbenarannya dapat mengakibatkan batalnya pertanggungan dan ditolaknya setiap klaim oleh Penanggung;
- mengerti bahwa pertanggungan yang diminta ini baru berlaku setelah mendapat persetujuan tertulis dari Penanggung.

..... ,

Pemohon

(.....)

PT. Asuransi Recapital
Gedung Recapital Lantai 6 - Jl. Adityawarman No. 55 Jakarta 12160
Telepon : (021) 7261050; Faksimil : (021) 7261068