



PERTANYAAN TAMBAHAN PEKERJAAN SEBAGAI DRIVER
(Driver Questionnaire)

Nama : _____ No. SPAJ / Polis : _____
Name Policy / Application Number
Tanggal Lahir : _____
Date of Birth

1. Sebutkan jenis pekerjaan Anda *(Please mentioned the type of your job)* : _____
2. Jenis kendaraan yang dipakai *(Please mentioned the vehicle you drive)* : ☐ mobil (sedan / minibus / van) *(Car)*
☐ Motor *(Motorcycle)* ☐ Ambulance *(Ambulance)*
☐ Sepeda *(Bicycle)* ☐ Box *(Box Van)*
☐ Truk *(Truck)* ☐ Pemadam Kebakaran *(Fire Engine)*
☐ Taksi *(Taxi)* ☐ Forklift *(Forklift)*
☐ Bis *(Bus)*
☐ Lainnya *(Others)* : _____
3. Jenis Industri *(Please mentioned the type of industry)* : _____
4. Sebutkan jenis-jenis barang yang biasa diantar *(Please type the goods that usually carried)* : _____
5. Apakah jenis barang tersebut termasuk jenis yang mudah terbakar atau meledak? *(Are the goods including easy to burn or Explode)?* _____
6. Sebutkan lokasi dan jarak yang biasa dilalui *Please mentioned the location and distance you usually drive:*
☐ dalam kota *(Inside city)* ☐ luar kota *(Outside city)* ☐ antar propinsi *(between province)*
Jarak *(Distance)* : ☐ >20 km s/d 200 Km ☐ > 80 km s/d 800 Km ☐ > 800 Km
7. Lama menjalani profesi diatas *(How long have you been working in that profession)* :
☐ < 2 tahun *(< 2 years)* ☐ > 2 tahun *(> 2 years)*
8. Apakah Anda pernah mengalami kecelakaan saat melakukan tugas tersebut *(Have you ever been involved in an accident while doing your job)?*
Jika 'Ya', Kapan *(If yes, When)?* _____ Kondisi saat itu *(That time condition):* _____
Kondisi saat ini *(Present condition):* _____
9. Apakah Anda pernah dirawat inap di Rumah Sakit karena kecelakaan yang Anda derita tersebut *(Have you ever been hospitalized cause by accident)?*
Jika 'Ya', Kapan *(If yes, when)?* _____ Berapa Lama dirawat *(How long have you ever been hospotelized)* ? _____
10. Tindakan / pengobatan di Rumah Sakit pada saat perawatan: Obat minum / suntik / Fisioteraphy *(Medical teratment in the hospitalized : Medicine/ Injection/ Fisoteraphy)* : _____

11. Nama & Alamat RS / dokter yg merawat *(Name & Address of the hospital / doctor)* : _____
Kondisi saat dirawat *(Condition while treatment)* : _____
(Present condition) Kondisi saat ini : _____

Pernyataan *(Declaration)*

Saya telah memberikan Pernyataan secara lengkap dan sebenar-benarnya terhadap seluruh pertanyaan yang diajukan oleh PT AXA Financial Indonesia. aya menyatakan bahwa jawaban atas pertanyaan dalam formulir ini merupakan bagian dari Surat Pengajuan Asuransi Jiwa, apabila ternyata terdapat pernyataan saya yang tidak sesuai dengan fakta sesungguhnya, PT. AXA Financial Indonesia berhak untuk membatalkan kontrak asuransi atau menolak membayarkan klaim manfaat asuransi serta ganti rugi apapun di kemudian hari, sesuai dengan pilihan Perusahaan

Hereby I declare that all statement and question which provide by PT. AXA Financial Indonesia have been truthfully completed. I declare that all answer to such question in this application shall be an integral and inseparable part of the life Application. If I fail to provide true information with the fact, PT. AXA Financial Indonesia has right to terminate the Policy and to decline any claim payment on the insurance benefit and any loss define from the Company.

Nama *(Name)*

Tanda tangan *(Signature)*

Tanggal *(Date)*