

No	PERTANYAAN <i>(Untuk jawaban yang memerlukan penjelasan, silakan gunakan kolom penjelasan)</i>	Tertanggung / Peserta		Pemegang Polis		PENJELASAN
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	
10.	KHUSUS PEREMPUAN: a. Apakah Anda sedang hamil? Jika Ya, sebutkan usia kehamilan (minggu). b. Apakah ada komplikasi pada masa kehamilan? Jika Ya, jelaskan. c. Apakah Anda pernah/sedang mengalami kelainan pada rahim/indung telur/gangguan haid/kesulitan pada waktu melahirkan/mengalami keguguran/menggugurkan kandungan? d. Pernahkah Anda mendapatkan hasil tes pap smear yang abnormal? e. Pernahkah Anda mengalami kelainan pada payudara/melakukan mamografi? <i>Untuk pertanyaan b,c,d dan/atau e, jika Ya, jelaskan. (i) Kapan (ii) Alasan (iii) Diagnosa (iv) Nama dan alamat dokter dan/ Rumah Sakit/Klinik (v) Lampirkan salinan dokumen hasil pemeriksaan/perawatan, resume medis, dan diagnosa.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	KHUSUS ANAK -- Usia sampai dengan 5 (lima) tahun wajib: a. Melampirkan salinan dokumen buku rekam medis anak dengan lengkap. b. Memberikan nama dan alamat Dokter Spesialis Anak langganan.					
12.	Apakah Anda memiliki hobi atau akan melakukan olahraga berisiko tinggi? <input type="checkbox"/> Balap Mobil/Motor <input type="checkbox"/> Panjat Tebing dan Mendaki Gunung <input type="checkbox"/> Lainnya, _____ <input type="checkbox"/> Bela Diri <input type="checkbox"/> Paralayang <input type="checkbox"/> Menyelam <input type="checkbox"/> Terjun Payung Jika Ya, harap mengisi Kuesioner sesuai pilihan di atas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

II. DATA RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA *(Silakan gunakan Formulir Amendemen jika diperlukan)*

Apakah ada 2 atau lebih dari orang tua, suami/istri, anak atau saudara kandung Anda yang meninggal dunia akibat atau pernah menderita tekanan darah tinggi, sakit jantung, stroke, sakit ginjal, kencing manis, tuberkulosis, gangguan mental/kejiwaan, tumor/kanker atau penyakit keturunan lainnya? Ya Tidak
 Jika Ya, mohon jelaskan secara detail hubungan keluarga dengan Tertanggung/Peserta dan/atau Pemegang Polis, jenis kelamin, usia, jenis penyakit dan keadaan kesehatan.

Tertanggung / Peserta	Pemegang Polis

Saya sebagai Pemegang Polis atau Tertanggung / Peserta atau orang tua / wali Tertanggung / Peserta yang bertanda tangan di bawah ini, dengan ini menyatakan dan menyetujui bahwa:

- Telah menjawab semua pertanyaan dan telah memberikan semua jawaban, pernyataan, keterangan dan informasi dalam Formulir ini, termasuk semua lampiran dan/atau dokumen yang dilampirkan (jika ada) secara lengkap dan benar, tanpa menyembunyikan/menghindari jawaban yang tidak semestinya, serta memahami dan menyetujui semua jawaban, pernyataan, keterangan dan informasi tersebut akan mengubah keterangan dan informasi mengenai pernyataan kesehatan Saya sebelumnya.
- Apabila jawaban, pernyataan, keterangan dan informasi dalam Formulir ini tidak benar atau tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya, PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia ("Tokio Marine Life") berhak untuk menolak Formulir Pernyataan Kesehatan ini, membatalkan (termasuk pembatalan Polis sejak awal) atau mengakhiri Polis/e-Polis dan serta membebaskan Tokio Marine Life dari segala klaim/tuntutan dari pihak manapun/kerugian apapun yang timbul termasuk Tokio Marine Life tidak dapat memberikan pertanggungan dan/atau menerima atau melakukan setiap bentuk pembayaran berdasarkan Polis yaitu penerimaan Premi, pembayaran klaim Manfaat Asuransi, atau pengembalian Premi termasuk memberikan Manfaat Asuransi atau pengelolaan dana dalam bentuk apapun berdasarkan Polis/e-Polis.
- Saya memberikan kuasa kepada Tokio Marine Life dengan hak substitusi untuk memperoleh/mempertanyakan/mengetahui/memverifikasi jawaban, pernyataan, keterangan dan informasi yang telah Saya berikan pada Formulir Pernyataan Kesehatan ini dari dokter, Klinik, Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium, perusahaan asuransi/reasuransi, lembaga organisasi, badan hukum, instansi pemerintah, perorangan atau pihak lain yang mempunyai catatan/keterangan/pernyataan/informasi mengenai keadaan/riwayat kesehatan/pengobatan/perawatan Rumah Sakit/keterangan lain mengenai diri Saya selama masih hidup atau telah meninggal dunia dan apabila terdapat jawaban, pernyataan, keterangan dan informasi yang tidak benar, maka Saya akan tunduk pada ketentuan Polis.
- Saya memberikan kuasa kepada setiap tenaga medis/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas dan/atau Laboratorium untuk mengungkapkan semua data pribadi dan/atau catatan riwayat kesehatan kepada Tokio Marine Life/pihak yang diberi kuasa olehnya.
- Dengan ditandatangani Formulir ini, maka keterangan dan informasi sebelumnya di Polis mengenai pernyataan kesehatan menjadi tidak berlaku dan yang berlaku adalah keterangan dan informasi di dalam Formulir ini.
- Formulir ini berlaku selama 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal ditandatangani.

Pemegang Polis,

Tertanggung/Peserta,

TTD
Nama: _____
Tempat : _____
Tanggal : __/__/____

TTD
Nama: _____
Tempat : _____
Tanggal : __/__/____