

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN - SIO



- Mohon mengisi dengan menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak dan tulisan tidak keluar dari kotak, jelas dan memberi tanda ✓ pada kotak jawaban yang sesuai.
- Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan Pemegang Polis di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan.

Nama Pemegang Polis : No. Polis :

(sesuai identitas diri)

No. Telpn : Ponsel (HP) :

Telpn : -

Kantor : -

Formulir ini diisi oleh : Pemegang Polis Tertanggung / Peserta Pembayar Premi / Kontribusi

Nama Lengkap : No. Peserta :

(sesuai identitas diri) (khusus Group)

1. Tinggi dan Berat Badan	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
2. Selama 1 tahun terakhir, Apakah Anda pernah / sedang merokok / minum minuman keras / menggunakan narkotik / obat terlarang? Jika Ya, jelaskan kapan dan berapa banyak.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
3. Selama 3 tahun terakhir, apakah Anda sedang / pernah / bermaksud berkonsultasi mengenai kondisi kesehatan atau sedang / pernah mendapat nasehat untuk melakukan operasi, pemeriksaan kesehatan, tes diagnosa, mengkonsumsi obat rutin atau sedang / pernah menjalani rawat inap di rumah sakit? Jika Ya, jelaskan.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
4. Apakah Anda sedang / pernah diberitahu bahwa Anda mempunyai / dalam pemeriksaan untuk penyakit jantung, nyeri dada, paru-paru / sistem pernafasan, ginjal / gangguan peredaran darah / pembuluh darah, gangguan saluran pencernaan, kanker / kista / tumor, tekanan darah tinggi, stroke, diabetes / kencing manis, gangguan darah, otak / gangguan sistem syaraf, epilepsi, gangguan jiwa, gangguan hati, hepatitis B atau C, infeksi HIV / AIDS? Jika Ya, jelaskan jenis penyakit, kapan dan nama, alamat dokter yang merawat.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
5. Apakah pekerjaan atau hobi yang sedang Anda jalani termasuk dalam kegiatan yang berbahaya? (termasuk tetapi tidak terbatas pada pekerjaan di ketinggian, bawah tanah atau dengan peledak, balap motor, terbang selain sebagai penumpang pada maskapai penerbangan komersial, menyelam atau panjat gunung). Jika Ya, jelaskan.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
6. KHUSUS WANITA Apakah Anda sedang hamil dengan usia kehamilan \geq 30 (tiga puluh) minggu?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

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

- Semua pernyataan, keterangan dan jawaban dalam Formulir Pernyataan Kesehatan ini telah Saya berikan secara lengkap dan benar.
- Apabila pernyataan dan jawaban di atas tidak benar, maka PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia berhak membatalkan Polis sejak awal dan PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia dibebaskan dari seluruh kewajibannya membayar Manfaat Asuransi.
- Saya memberikan kuasa kepada PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia atau pihak yang diberi kuasa olehnya untuk memverifikasi informasi yang telah Saya berikan pada Formulir Pernyataan Kesehatan ini kepada pihak manapun dan memperoleh segala catatan dan keterangan mengenai diri dan keadaan / kesehatan Saya dari Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, instansi pemerintah, perorangan atau organisasi lainnya dan bertanggung jawab atas segala isinya dan apabila terdapat keterangan yang tidak benar, maka Saya akan tunduk pada ketentuan Polis.
- Salinan / fotokopi dari kuasa ini sama sah dan berlakunya sesuai dokumen aslinya.
- Formulir Pernyataan Kesehatan ini berlaku selama 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal terakhir Formulir Pernyataan Kesehatan ini ditandatangani. Apabila Formulir Pernyataan Kesehatan ini belum diterima lengkap setelah lewat dari 30 (tiga puluh) hari kalender, maka Formulir Pernyataan Kesehatan ini tidak berlaku lagi dan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung / Peserta wajib mengisi Formulir Pernyataan Kesehatan yang baru.

Pemegang Polis,

Nama :
Tempat :
Tanggal :

Tertanggung / Peserta,

Nama :
Tempat :
Tanggal :