

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN



- 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 :

No. Telpon : Ponsel (HP) :
 Telpon : -
 Kantor : -

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

Nama Lengkap : No. Peserta :

1. a. Apakah saat ini Anda dalam keadaan sehat? Bila Tidak, jelaskan.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
2. a. Tinggi dan berat badan b. Apakah ada penurunan / kenaikan berat badan lebih dari 5 (lima) kg dalam 12 (dua belas) bulan terakhir? Bila Ya: - Sebutkan jumlah penurunan / kenaikan berat badan. - Jelaskan penyebabnya.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="checkbox"/> Ya, <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="checkbox"/> Tidak
3. Apakah Anda pernah atau memiliki kebiasaan: a. Merokok. Jika Ya: - Berapa batang per hari dan sudah berapa lama. - Jika sekarang sudah berhenti, kapan berhenti dan mengapa? b. Minum minuman beralkohol. Jika Ya: - Jelaskan jenis minuman, jumlah konsumsi dalam seminggu (ml) dan sudah berapa lama. - Jika sekarang sudah berhenti, kapan berhenti dan mengapa? c. Menggunakan narkotik / obat terlarang / obat penenang. Jika Ya: - Jelaskan jenisnya, jumlah konsumsi dalam sehari dan sudah berapa lama. - Jika sekarang sudah berhenti, kapan berhenti dan mengapa?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
4. Apakah Anda sedang atau pernah (5 tahun terakhir) atau bermaksud: a. Menjalani rawat inap / rawat jalan, pembedahan, biopsi? b. Melakukan pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan diagnostik: rontgen, EKG, USG, CT Scan, MRI dan Treadmill? c. Pengobatan ahli jiwa, radiasi, kemoterapi, tradisional atau pengobatan alternatif? d. Menerima atau melakukan sendiri suntik tanpa resep dokter? e. Menerima transfusi darah atau ditolak untuk donor darah? f. Mengalami keracunan dan kecelakaan? Bila Ya: - Jelaskan : pemeriksaan apa, kapan / sejak kapan, dokter yang merawat, alasan dilakukan tindakan / perawatan, akibat dari keracunan / kecelakaan. - Lampirkan fotokopi hasil pemeriksaan.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
5. Apakah Anda pernah mengalami gejala / diperiksa / mendapat nasihat medis / menderita / mendapat perawatan untuk penyakit di bawah ini:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
a. Jantung dan Pembuluh Darah: tekanan darah tinggi, nyeri dada, sesak napas, serangan jantung, penyempitan / penyumbatan, jantung berdebar-debar / tidak teratur, sakit jantung, varises, gangguan peredaran darah.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
b. Sistem Syaraf: kejang, epilepsi, lumpuh, pingsan, kesemutan, baal, stroke, sakit kepala terus menerus, vertigo, gangguan mental / kejiwaan.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
c. Mata: fungsi penglihatan.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
d. Telinga, Hidung, Tenggorokan dan Mulut: fungsi pendengaran / bicara.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
e. Paru-paru: gangguan pernapasan, asma, bronkitis, tuberkulosis, batuk darah, batuk lama.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
f. Organ Perut: maag / tukak lambung, kelainan usus, limpa, pankreas, muntah darah, sakit kuning, batu empedu, buang air besar berdarah, wasir, hernia, sering diare.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
g. Sistem Kemih dan Kelamin: kencing nanah / darah, sakit prostat, sakit ginjal, infeksi saluran kencing, penyakit kelamin, batu.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
h. Sistem Kelenjar dan Darah: gangguan hormon, gondok, asam urat, kencing manis, pembesaran kelenjar getah bening, kolesterol, kurang darah, leukimia dan kelainan darah lainnya.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
i. Sistem Otot, Tulang: amputasi, rematik, gangguan tulang belakang, gangguan tulang otot, patah tulang, polio, nyeri sendi.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
j. Kulit: kelainan kulit, kusta, tahi lalat yang membesar dengan cepat.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
k. Pertumbuhan Sel: tumor, kanker, benjolan.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
l. Sistem Kekebalan dan Infeksi: HIV / AIDS dan kondisi yang berhubungan dengan AIDS (mempunyai gejala berikut selama lebih dari 1 (satu) minggu berturut-turut: kelelahan, penurunan berat badan, diare, pembesaran kelenjar, kelainan kulit yang lain dari biasa, demam, radang paru-paru), malaria, disentri amuba, alergi, lupus.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
m. Lain-lain yang tidak disebutkan di atas, termasuk cacat / kelainan bawaan, cacat anggota badan, menggunakan alat tubuh palsu, penyakit turunan.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

Khusus untuk pertanyaan no.5, bila menjawab Ya, wajib menjelaskan dengan lengkap seperti tertera pada kolom di bawah ini:

No.	Kelainan Yang Diderita	Diderita Sejak	Lama Sakit * Coret yang tidak perlu	Nama Dokter	Alamat & No. Telepon
		Bulan <input type="text"/> Tahun <input type="text"/>	<input type="text"/> Hari / Bulan ^{*)}		
		Bulan <input type="text"/> Tahun <input type="text"/>	<input type="text"/> Hari / Bulan ^{*)}		

<p>6. KHUSUS WANITA</p> <p>a. Apakah Anda sedang hamil? - Sebutkan usia kehamilan Anda - Apakah ada komplikasi pada masa kehamilan Anda?</p> <p>b. Apakah Anda pernah / sedang / pernah diberitahu mengalami kelainan payudara, rahim, indung telur, haid yang lama?</p> <p>c. Apakah Anda pernah / sedang / pernah diberitahu untuk menjalani pap smear, mammogram atau pemeriksaan kandungan lain?</p> <p>Bila Ya, jelaskan : - Jenis komplikasi / diagnosa dokter / alasan dilakukannya pemeriksaan - Nama dan alamat dokter yang merawat - Lampirkan fotokopi hasil pemeriksaan</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya, <input type="text"/> Minggu. <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p>
<p>7. KHUSUS ANAK ≤ 5 TAHUN</p> <p>a. Berat badan dan panjang badan saat lahir</p> <p>b. Apakah ada riwayat kelahiran prematur (usia kehamilan < 37 minggu)? Jika Ya, sebutkan usia kehamilan Ibu saat itu.</p> <p>c. Apakah ada kelainan penyakit / kesulitan saat dalam kandungan / saat dilahirkan? Jika Ya, jelaskan.</p> <p>d. Sebutkan dan jelaskan riwayat imunisasi.</p>	<p><input type="text"/> gram, <input type="text"/> cm</p> <p><input type="checkbox"/> Ya, <input type="text"/> Minggu. <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p>

PEKERJAAN DAN KEGIATAN

<p>1. a. Apakah Anda sering dan akan terbang dengan pesawat yang tidak mempunyai jadwal tetap?</p> <p>b. Apakah Anda memiliki hobi atau akan melakukan olahraga berisiko tinggi? (contoh terjun payung, menyelam, balap mobil / motor, panjat tebing / mendaki gunung, paralayang, beladiri / tinju dan lain-lain).</p> <p>c. Apakah Anda pernah / sering bepergian ke luar negeri dalam jangka waktu lebih dari 3 (tiga) bulan berturut-turut dalam 5 (lima) tahun terakhir?</p> <p>Bila Ya, jelaskan.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p>
---	---

DATA RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

	Masih Hidup		Sudah Meninggal	
	Usia Saat Ini	Kondisi Kesehatan	Usia Meninggal	Sebab-Sebab Meninggal Dunia
Ayah				
Ibu				
Istri / Suami				
Saudara Pria <input type="text"/> orang*				
Saudara Wanita <input type="text"/> orang*				
Anak-anak <input type="text"/> orang*				

* Jika Anda memiliki Saudara Pria, Saudara Wanita dan/atau Anak lebih dari satu maka hanya diisi untuk usia yang tertua dan termuda dengan dibatasi tanda garis miring (/).

- 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, perusahaan 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 :