

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 :

(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)

I. PERNYATAAN KESEHATAN (KHUSUS PRODUK GIO)

- Dengan ini saya sebagai Calon Tertanggung menyatakan bahwa saya dalam keadaan sehat jasmani, rohani, tidak terganggu jiwanya serta tidak mempunyai gejala penyakit atau sedang dalam perawatan suatu penyakit atau sedang menjalani rawat inap di Rumah Sakit.

II. DATA RIWAYAT KESEHATAN

NO. 1 – 8 DIISI UNTUK PRODUK FULL UNDERWRITING & SIO		Ya	Tidak
1. Apakah saat ini Anda dalam keadaan sehat? Bila Tidak, jelaskan.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
2. Apakah Anda Buta atau Buta Huruf atau Buta Warna? Bila Ya, sebutkan jenis dan jelaskan gangguan Buta tersebut	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
3. 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"/> cm <input type="text"/> kg <input type="checkbox"/> Ya, <input type="text"/> kg <input type="checkbox"/> Tidak		
4. Apakah Anda pernah atau memiliki kebiasaan: a. Merokok. Bila Ya: - Berapa batang per hari dan sudah berapa lama? - Jika sekarang sudah berhenti, kapan berhenti dan mengapa? b. Minum minuman beralkohol. Bila Ya: - Jelaskan jenisnya, berapa (ml) per minggu dan sudah berapa lama? - Jika sekarang sudah berhenti, kapan berhenti dan mengapa? c. Menggunakan narkotik / obat terlarang / obat penenang. Bila Ya: - Jelaskan jenisnya, jumlah konsumsi dalam sehari dan sudah berapa lama? - Jika sekarang sudah berhenti, kapan berhenti dan mengapa? - Apakah pernah dirawat karena penggunaan obat-obatan tersebut?	<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. Dalam 5 (lima) tahun terakhir, apakah Anda pernah atau bermaksud: a. Menjalani Rawat Inap / Rawat Jalan, pembedahan atau biopsi? b. Melakukan pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan diagnostik: rontgen, EKG, USG, CT Scan, MRI dan Treadmill? 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		
6. Apakah Anda pernah mengalami gejala / diperiksa / mendapat nasihat medis / menderita / mendapat perawatan untuk penyakit di bawah ini:		Ya	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sistem Syaraf: kejang, epilepsi, lumpuh, pingsan, kesemutan, baal, stroke, sakit kepala terus menerus, vertigo, gangguan mental / kejiwaan, depresi, polio, multiple sclerosis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mata: fungsi penglihatan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Telinga, Hidung, Tenggorokan dan Mulut: fungsi pendengaran / bicara.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Paru-paru : gangguan pernapasan, asma, bronkitis, tuberkulosis, batuk darah, batuk lama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Sistem Kemih dan Kelamin: kencing nanah / darah, sakit prostat, sakit ginjal, infeksi saluran kencing, penyakit kelamin, batu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Sistem Otot, tulang: amputasi, rematik, gangguan tulang belakang, gangguan tulang otot, patah tulang, polio, nyeri sendi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Kulit: kelainan kulit, kusta, tahi lalat yang membesar dengan cepat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Pertumbuhan Sel: tumor, kanker, benjolan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Lain-lain yang tidak disebutkan di atas, termasuk cacat / kelainan bawaan, cacat anggota badan, menggunakan alat tubuh palsu, penyakit turunan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bila menjawab Ya, jelaskan kelainan yang diderita, sejak kapan, lama sakit, nama dan alamat Dokter yang merawat dan kondisi saat ini.			
7. KHUSUS WANITA Apakah Anda sedang hamil? - Bila Ya, sebutkan usia kehamilan Anda - Apakah ada komplikasi pada masa kehamilan Anda?	<input type="checkbox"/> Ya, <input type="text"/> Minggu. <input type="checkbox"/> Tidak		

8. KHUSUS ANAK (Sampai dengan usia 5 (lima) tahun) a. Berat badan dan panjang badan saat lahir b. Apakah ada riwayat kelahiran prematur (usia kehamilan kurang dari 37 (tiga puluh tujuh) minggu)? Bila Ya, sebutkan usia kehamilan Ibu saat itu.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gram <input type="checkbox"/> Ya, <input type="text"/> <input type="text"/> Minggu.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm <input type="checkbox"/> Tidak
--	--	--

NO. 9 – 11 DIISI UNTUK PRODUK FULL UNDERWRITING

9. KHUSUS ANAK (Sampai dengan usia 5 (lima) tahun) a. Apakah ada kelainan penyakit/kesulitan saat dalam kandungan / saat dilahirkan? Bila Ya, jelaskan. b. Sebutkan dan jelaskan riwayat imunisasi. c. Sebutkan nama dokter spesialis anak langganan.	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
10. Dalam 5 (lima) tahun terakhir, apakah anda pernah / bermaksud? : a. Pengobatan ahli jiwa, radiasi, kemoterapi, tradisional / pengobatan alternatif? b. Menerima / melakukan suntik sendiri tanpa resep dokter? c. Menerima transfusi darah atau ditolak untuk donor darah? d. Mengalami keracunan dan/atau kecelakaan? Bila Ya: - Jelaskan pemeriksaan apa, kapan, berapa lama, dokter yang merawat, alasan dilakukan tindakan / perawatan, akibat dari keracunan / kecelakaan. - Lampirkan fotokopi hasil pemeriksaan.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak
11. KHUSUS WANITA a. Apakah Anda pernah / sedang diberitahu mengalami kelainan payudara, rahim, indung telur, haid yang lama ? b. Apakah Anda pernah/ sedang diberitahu untuk menjalani pap smear, mammogram, pemeriksaan kandungan? Bila Ya: - Jelaskan teknik komplikasi atau diagnosa dokter atau alasan dilakukannya pemeriksaan, nama dan alamat dokter yang merawat. - Lampirkan fotokopi hasil pemeriksaan.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak

III. PEKERJAAN DAN KEGIATAN

NO. 1 -3 DIISI UNTUK PRODUK FULL UNDERWRITING & NO. 1 DIISI HANYA UNTUK PRODUK SIO		
1. Apakah Anda memiliki hobi atau akan melakukan olahraga berisiko tinggi? (contoh: terjun payung, menyelam, balap mobil / motor, panjat tebing, mendaki gunung, paralayang, bela diri, tinju dan lain-lain).	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
2. Apakah Anda sering atau akan terbang dengan pesawat yang tidak mempunyai jadwal tetap?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
3. Apakah Anda pernah / sering bepergian ke luar negeri dalam jangka waktu lebih dari 3 (tiga) bulan berturut-turut dalam 5 (lima) tahun terakhir? Bila Ya, jelaskan.	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak

IV. DATA RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

Anggota Keluarga	Usia (tahun)	Keadaan Kesehatan	Penyakit yang pernah/sering diderita (sebutkan usia pada saat diagnosa)					Sudah Meninggal
			Darah Tinggi	Jantung	Kencing Manis	Kanker	HIV/AIDS	
Ayah								
Ibu								
Suami / Istri								
Saudara Pria <input type="text"/> <input type="text"/> orang*								
Saudara Wanita <input type="text"/> <input type="text"/> orang*								
Anak-anak <input type="text"/> <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 ("TMLI") berhak membatalkan Polis sejak awal dan TMLI dibebaskan dari seluruh kewajibannya membayar Manfaat Asuransi.
 - Saya memberikan kuasa kepada TMLI 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 ini berlaku selama 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal terakhir ini ditandatangani. Apabila Formulir ini belum diterima lengkap setelah lewat dari 30 (tiga puluh) hari kalender, maka Formulir 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 :