

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN - EPILEPSI

- 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.
- Untuk mempercepat proses pengajuan Anda, mohon melengkapi seluruh persyaratan yang tertera di formulir ini.

Saya sebagai Pemegang Polis, yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : No. SPAJ/Polis
(sesuai identitas diri)
Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
Tanggal Lahir :

Silahkan gunakan form amandemen jika diperlukan

1.	Mohon sebutkan diagnosis Dokter untuk jenis epilepsi yang diderita?				
	☐ Absence seizures (petit mal)	☐ Simple partial seizures			
	☐ Atonic seizures (drop attacks)	☐ Psychogenic nonepileptic seizures (PNES)			
	☐ Simple partial seizures, complex partial seizures (psychomotor)	☐ Myoclonic seizures, tonic-clonic seizures (grand mal)			
	☐ Lainnya, sebutkan:				
2.	Kapan pertama kali dan sudah berapa lama Anda menderita penyakit epilepsi?				
3.	Mohon jelaskan gejala-gejala yang Anda rasakan pada penyakit epilepsi tersebut diatas				
4.	Berapa kali serangan epilepsi terjadi dalam 1 (satu) tahun terakhir?				
	kali				
5.	Berapa lama serangan epilepsi berlangsung setiap kalinya?				
6.	Pernahkah mengalami kejang lebih dari 5 (lima) menit atau terdiagnosis "Status Epilepticus"?				
	☐ Ya, sebutkan: Kapan , berapa kali: kali		☐ Tidak		
7.	Apakah Anda pernah dirawat inap di Rumah Sakit sehubungan dengan penyakit epilepsi?				
	☐ Ya, lampirkan salinan resume medis berdiagnosis dan sebutkan:		☐ Tidak		
	Tanggal Perawatan	Nama Dokter yang merawat	Nama dan alamat Rumah Sakit	Lama Perawatan	
8.	Sebutkan nama obat penyakit epilepsi yang pernah atau saat ini masih digunakan?				
	Nama obat yang digunakan dalam 1 (satu) tahun terakhir (bila ada penggantian obat)			Nama obat yang digunakan saat ini	
	Nama Obat	Dosis (mg)	Frekuensi Minum Obat/hari	Nama Obat	Dosis (mg)

9.	Apakah Anda pernah melakukan operasi/pembedahan untuk penyakit epilepsi? ☐ Ya, lampirkan salinan resume medis berdiagnosis dan sebutkan: ☐ Tidak																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20%;">Tanggal Operasi</th> <th style="width: 20%;">Nama Dokter</th> <th style="width: 30%;">Alamat Rumah Sakit</th> <th style="width: 30%;">Hasil Operasi</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Tanggal Operasi	Nama Dokter	Alamat Rumah Sakit	Hasil Operasi	d d m m y y y y				d d m m y y y y											
Tanggal Operasi	Nama Dokter	Alamat Rumah Sakit	Hasil Operasi																		
d d m m y y y y																					
d d m m y y y y																					
10.	Apakah pernah dilakukan pemeriksaan penunjang medis? (Misal: Pemeriksaan darah, EEG, EKG, treadmill, rontgen, MRI, CT-scan, dll) ☐ Ya, lampirkan salinan resume medis berdiagnosis dan sebutkan: ☐ Tidak																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20%;">Tanggal Pemeriksaan</th> <th style="width: 10%;">Jenis Pemeriksaan</th> <th style="width: 20%;">Nama Dokter</th> <th style="width: 20%;">Nama dan alamat RS / Laboratorium</th> <th style="width: 30%;">Hasil Pemeriksaan</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Nama Dokter	Nama dan alamat RS / Laboratorium	Hasil Pemeriksaan	d d m m y y y y					d d m m y y y y					d d m m y y y y				
Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Nama Dokter	Nama dan alamat RS / Laboratorium	Hasil Pemeriksaan																	
d d m m y y y y																					
d d m m y y y y																					
d d m m y y y y																					
11.	Selain pernyataan pada no. 8 sampai no. 10 di atas, apakah ada pemeriksaan penunjang, operasi/ pembedahan, tindakan dan pengobatan lainnya yang disarankan oleh Dokter? ☐ Ya, sebutkan: ☐ Tidak																				
12.	Mohon sebutkan nama dan alamat Dokter yang sering Anda kunjungi untuk berkonsultasi/berobat penyakit epilepsi? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th style="width: 25%;">Nama Dokter</th> <th style="width: 45%;">Alamat Dokter/Klinik/Rumah Sakit</th> <th style="width: 30%;">Kapan konsultasi terakhir</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Nama Dokter	Alamat Dokter/Klinik/Rumah Sakit	Kapan konsultasi terakhir																	
Nama Dokter	Alamat Dokter/Klinik/Rumah Sakit	Kapan konsultasi terakhir																			
13.	Apakah ada informasi lain yang ingin disampaikan yang dapat membantu proses pengajuan asuransi Anda? 																				

Dengan ini saya, Tertanggung dengan identitas tersebut di atas dan bertanda tangan di bawah, menyatakan bahwa semua pernyataan dan jawaban yang saya berikan adalah lengkap dan benar tanpa ada informasi yang disembunyikan yang dapat mempengaruhi penerimaan pengajuan atau perubahan asuransi terkait. Dokumen ini merupakan satu kesatuan yang tak terpisahkan dengan SPAJ/Polis.

Saya dan Pemegang Polis setuju dokumen ini akan dijadikan dasar perikatan antara Pemegang Polis dan PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia ("TMLI") yang dapat dibatalkan jika dikemudian hari diketahui adanya informasi yang disembunyikan atau tidak benar.

Ditandatangani di

Tanggal

d d m m y y y y

Pemegang Polis⁽¹⁾

Nama Lengkap

Tertanggung

Nama Lengkap