

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN - GANGGUAN SENDI

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

Silahkan gunakan form amandemen jika diperlukan

1.	Sebutkan diagnosis Dokter untuk gangguan pada sendi Anda:																												
	☐ Gout/Asam urat	☐ Gangguan sendi lutut																											
	☐ Carpal tunnel syndrom	☐ Gangguan sendi lengan																											
	☐ Lainnya, sebutkan:																												
2.	Kapan pertama kali dan sudah berapa lama Anda menderita gangguan sendi? 																												
3.	Mohon jelaskan gejala-gejala yang Anda rasakan pada gangguan sendi tersebut diatas. 																												
4.	Apakah ada gangguan atau keterbatasan gerak pada kegiatan sehari-hari?																												
	☐ Ya, sebutkan gangguan gerak yang dimaksud:				☐ Tidak																								
5.	Apakah Anda membutuhkan alat bantu gerak untuk kegiatan sehari-hari?																												
	☐ Ya, sebutkan alat bantu tersebut:				☐ Tidak																								
6.	Apakah Anda pernah dirawat inap di Rumah Sakit sehubungan dengan gangguan sendi?																												
	☐ Ya, lampirkan salinan resume medis berdiagnosis dan sebutkan:				☐ Tidak																								
	<table border="1"> <tr> <th>Tanggal Perawatan</th> <th>Nama Dokter yang merawat</th> <th>Nama dan alamat Rumah Sakit</th> <th>Lama Perawatan</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tanggal Perawatan	Nama Dokter yang merawat	Nama dan alamat Rumah Sakit	Lama Perawatan																								
Tanggal Perawatan	Nama Dokter yang merawat	Nama dan alamat Rumah Sakit	Lama Perawatan																										
7.	Sebutkan nama obat gangguan sendi yang pernah atau saat ini masih digunakan?																												
	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">Nama obat yang digunakan dalam 1 (satu) tahun terakhir (bila ada penggantian obat)</th> <th colspan="3">Nama obat yang digunakan saat ini</th> </tr> <tr> <th>Nama Obat</th> <th>Dosis (mg)</th> <th>Frekuensi Minum Obat/hari</th> <th>Nama Obat</th> <th>Dosis (mg)</th> <th>Frekuensi Minum Obat/hari</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			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)	Frekuensi Minum Obat/hari														
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)	Frekuensi Minum Obat/hari																								
8.	Apakah untuk gangguan sendi Anda pernah ini dilakukan operasi/pembedahan?																												
	☐ Ya, lampirkan salin resume medis berdiagnosis dan sebutkan:				☐ Tidak																								
	<table border="1"> <tr> <th>Tanggal Operasi</th> <th>Nama Dokter</th> <th>Alamat Rumah Sakit</th> <th>Hasil Operasi</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tanggal Operasi	Nama Dokter	Alamat Rumah Sakit	Hasil Operasi																								
Tanggal Operasi	Nama Dokter	Alamat Rumah Sakit	Hasil Operasi																										

9. Apakah pernah dilakukan pemeriksaan penunjang medis? (Misal: Pemeriksaan darah, EKG, ekokardiografi, treadmill, rontgen, MRI, CT-scan, dll)

☐ Ya, lampirkan salinan hasil pemeriksaan yang dilakukan dan sebutkan: ☐ Tidak

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				

10. Selain pernyataan pada no. 7 sampai no. 9 diatas, Apakah ada pemeriksaan penunjang, operasi/ pembedahan, tindakan dan pengobatan lainnya yang disarankan oleh Dokter?

☐ Ya, sebutkan: ☐ Tidak

11. Mohon sebutkan nama dan alamat Dokter yang sering Anda kunjungi untuk berkonsultasi/berobat gangguan sendi?

Nama Dokter	Alamat Dokter/Klinik/Rumah Sakit	Kapan konsultasi terakhir

12. 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

Pemegang Polis⁽¹⁾

Nama Lengkap

Tertanggung

Nama Lengkap

Catatan:
(1) Jika CPP adalah Badan/Perusahaan, maka kolom CPP ditandatangani oleh Pemilik Direksi /Orang yang bertanggung jawab.