

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN - JIWA DAN MENTAL

- 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 kesehatan jiwa dan mental Anda?			
	☐ Bipolar	☐ Anxiety	☐ Autism	
	☐ Skizoprenia	☐ Depression	☐ Down Syndrome	
	☐ Lainnya, sebutkan:			
2.	Kapan pertama kali dan sejak usia berapa Anda menderita gangguan tersebut? 			
3.	Mohon jelaskan gejala-gejala yang Anda rasakan pada gangguan kesehatan jiwa dan mental tersebut diatas.			
	☐ Kecemasan	☐ Tindakan ingin bunuh diri	☐ Kehilangan nafsu makan	
	☐ Jantung berdebar-debar	☐ Sulit bersosialisasi	☐ Gangguan mood	
	☐ Lainnya, sebutkan:			
4.	Apakah gejala-gejala tersebut masih berlangsung atau dirasakan sampai saat ini?			
	☐ Ya ☐ Tidak			
5.	Apakah Anda pernah dirawat inap di Rumah Sakit atau Sanatorium sehubungan dengan gangguan tersebut?			
	☐ Ya, lampirkan salinan resume medis berdiagnosis dan sebutkan: ☐ Tidak			
	Tanggal Perawatan	Nama Dokter yang merawat	Nama dan alamat Rumah Sakit	Lama Perawatan
6.	Sebutkan nama obat untuk gangguan yang Anda alami baik 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
7.	Apakah pernah dilakukan pemeriksaan penunjang medis? (Misal: Pemeriksaan darah, EEG, 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

8. Selain pernyataan pada no. 6 sampai no. 7 diatas, Apakah ada pemeriksaan penunjang, operasi/ pembedahan, tindakan dan pengobatan lainnya yang disarankan oleh Dokter?

☐ Ya, sebutkan: ☐ Tidak

9. Mohon sebutkan nama dan alamat Dokter yang sering Anda kunjungi untuk berkonsultasi/berobat penyakit ginjal dan saluran kemih?

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

10. 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