

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN - GANGGUAN SALURAN Cerna

- 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.	Mohon sebutkan diagnosis Dokter untuk gangguan pencernaan yang diderita? ☐ Maag/dyspepsia/gastritis ☐ Infeksi pada usus/lambung ☐ Polip/tumor jinak ☐ Lainnya, jelaskan:																																								
2.	Mohon sebutkan gejala-gejala yang dirasakan dari penyakit tersebut? 																																								
3.	Kapan diagnosis dokter tersebut ditegakkan? 																																								
4.	Dalam 1 (satu) tahun terakhir, berapa kali serangan terjadi? kali																																								
5.	Kapan serangan terakhir dialami? 																																								
6.	Berapa lama waktu dalam setiap kali serangan? (menit/jam/berulang)																																								
7.	Apakah pernah opname/rawat inap untuk kelainan ini? ☐ Ya, lampirkan salinan resume medis berdiagnosis dan mohon isi kolom dibawah: ☐ Tidak																																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tanggal Perawatan</th> <th>Nama Dokter yang merawat</th> <th>Alamat Rumah Sakit</th> <th>Lama Perawatan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>					Tanggal Perawatan	Nama Dokter yang merawat	Alamat Rumah Sakit	Lama Perawatan																																
Tanggal Perawatan	Nama Dokter yang merawat	Alamat Rumah Sakit	Lama Perawatan																																						
8.	Mohon sebutkan obat apa saja yang pernah dan atau sedang dikonsumsi.																																								
	<table border="1"> <thead> <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> </thead> <tbody> <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> <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> </tbody> </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																																				
9.	Apakah Anda pernah mengalami operasi/pembedahan untuk kelainan tersebut? ☐ Ya, mohon lampirkan salinan hasil patologi anatomi (PA) dan mohon isi kolom dibawah: ☐ Tidak																																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tanggal Operasi</th> <th>Nama Dokter</th> <th>Alamat Rumah Sakit</th> <th>Hasil Operasi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>					Tanggal Operasi	Nama Dokter	Alamat Rumah Sakit	Hasil Operasi																																
Tanggal Operasi	Nama Dokter	Alamat Rumah Sakit	Hasil Operasi																																						

10. Apakah pernah dilakukan pemeriksaan penunjang untuk penyakit tersebut? (Misal: Pemeriksaan darah, endoskopi, ultrasound/USG, MRI, CT-scan, dll)

☐ Ya, lampirkan salinan hasil pemeriksaan dan mohon isi kolom dibawah: ☐ Tidak

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Nama Dokter	Alamat RS/Laboratorium/Dokter	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. Sehubungan dengan obat yang diminum diatas, apakah sudah dihenti?

☐ Ya, sebutkan kapan: ☐ Tidak

13. Mohon sebutkan nama dan alamat Dokter yang sering Anda kunjungi untuk berkonsultasi/berobat penyakit tersebut?

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

14. 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

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