

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN - GINJAL DAN SALURAN KEMIH

- 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 kelainan yang diderita? ☐ Batu ginjal dan saluran kemih ☐ Pembesaran ginjal ☐ Tumor ganas ☐ Tumor jinak ☐ Infeksi ginjal dan saluran kemih ☐ Gagal ginjal ☐ Lainnya, sebutkan:																												
2.	Kapan gejala itu pertama kali dirasakan? 																												
3.	Mohon sebutkan gejala-gejala yang dirasakan: 																												
4.	Apakah Anda pernah dirawat inap di Rumah Sakit sehubungan dengan penyakit ginjal dan saluran kemih? ☐ Ya, lampirkan salinan resume medis berdiagnosis dan sebutkan: ☐ Tidak <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tanggal Perawatan</th> <th>Nama Dokter yang merawat</th> <th>Nama dan 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	Nama dan alamat Rumah Sakit	Lama Perawatan																				
Tanggal Perawatan	Nama Dokter yang merawat	Nama dan alamat Rumah Sakit	Lama Perawatan																										
5.	Sebutkan nama obat penyakit ginjal dan saluran kemih yang pernah atau saat ini masih digunakan? <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> </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																								
6.	Apakah untuk penyakit ginjal dan saluran kemih Anda pernah ini dilakukan operasi/pembedahan? ☐ Ya, lampirkan salin resume medis berdiagnosis dan sebutkan: ☐ Tidak <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tanggal Operasi</th> <th>Nama Dokter</th> <th>Alamat Rumah Sakit</th> <th>Jenis Tindakan Medis</th> <th>Hasil Operasi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>					Tanggal Operasi	Nama Dokter	Alamat Rumah Sakit	Jenis Tindakan Medis	Hasil Operasi																			
Tanggal Operasi	Nama Dokter	Alamat Rumah Sakit	Jenis Tindakan Medis	Hasil Operasi																									
7.	Apakah pernah dilakukan pemeriksaan penunjang medis? (Misal: pemeriksaan darah, ureum, kreatinin, eLFG, ekokardiografi, EKG, treadmill, rontgen, MRI, CT-scan, dll) ☐ Ya, lampirkan salinan hasil pemeriksaan yang dilakukan dan sebutkan: ☐ Tidak <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tanggal Pemeriksaan</th> <th>Jenis Pemeriksaan</th> <th>Nama Dokter</th> <th>Nama dan Alamat RS/ Laboratorium</th> <th>Hasil Pemeriksaan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>					Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Nama Dokter	Nama dan Alamat RS/ Laboratorium	Hasil Pemeriksaan																			
Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Nama Dokter	Nama dan Alamat RS/ Laboratorium	Hasil Pemeriksaan																									

8.	Selain pernyataan pada no. 5 sampai no. 7 diatas, Apakah ada pemeriksaan penunjang, operasi/ pembedahan, tindakan dan pengobatan lainnya yang disarankan oleh Dokter?												
	☐ Ya, sebutkan: ☐ Tidak												
9.	Apakah Anda melakukan cuci darah? (Misal: hemodialisis, peritonialdialisis, dll)												
	☐ Ya, sebutkan frekuensi cuci darah: Kali/minggu ☐ Tidak												
10.	Mohon sebutkan nama dan alamat Dokter yang sering Anda kunjungi untuk berkonsultasi/berobat penyakit ginjal dan saluran kemih?												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Nama Dokter</th> <th style="width: 40%;">Alamat Dokter/Klinik/Rumah Sakit</th> <th style="width: 30%;">Kapan konsultasi terakhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Nama Dokter	Alamat Dokter/Klinik/Rumah Sakit	Kapan konsultasi terakhir									
Nama Dokter	Alamat Dokter/Klinik/Rumah Sakit	Kapan konsultasi terakhir											
11.	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