

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN - KENCING MANIS

- 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.	Kapan pertama kali dan sudah berapa lama Anda menderita kencing manis?				
2.	Apakah Anda melakukan tes kadar gula darah secara mandiri?				
☐ Ya, sebutkan: ☐ Tidak					
Frekuensi Tes		Hasil tes terendah		Hasil tes tertinggi	
/Minggu					
3.	Apakah Anda pernah menjalani pemeriksaan laboratorium? (Misal: HbA1C, gula darah puasa, gula darah 2 jam sesudah makan, tes lemak darah, rontgen, EKG, ekokardiografi, tes urine, dll)				
☐ Ya, lampirkan salinan hasil pemeriksaan dan sebutkan : ☐ Tidak					
Tanggal Pemeriksaan		Jenis Pemeriksaan	Nama dan Alamat RS/Laboratorium		Hasil Pemeriksaan
4.	Apakah Anda pernah dirawat inap di Rumah Sakit sehubungan dengan kencing manis?				
☐ Ya, lampirkan salinan resume medis berdiagnosis dan sebutkan: ☐ Tidak					
Tanggal Perawatan		Nama Dokter yang merawat	Nama dan alamat Rumah Sakit		Lama Perawatan
5.	Sebutkan nama obat penurun gula darah yang digunakan baik obat minum atau suntikan?				
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 anda pernah mengalami gangguan/kelainan dibawah ini?				
Gangguan/kelainan		Ya	Tidak	Penjelasan bila dijawab "Ya"	
Mata		☐	☐		
Gangguan sensoris (misal: kesemutan, mati rasa, dll)		☐	☐		
Tekanan darah tinggi		☐	☐	mmHg	
Gangguan pada jantung dan pembuluh darah		☐	☐	Sebutkan gangguan yang diderita:	
				Nama dan alamat Dokter yang merawat:	

Gangguan/kelainan	Ya	Tidak	Penjelasan bila dijawab "Ya"
Gangguan pada ginjal (termasuk ditemukan protein/ gula/ darah didalam urine)	☐	☐	Sebutkan gangguan yang diderita: Nama dan alamat Dokter yang merawat:
Gangguan lain nya (misalnya: gangguan diotak, kaki diabetes, dll)	☐	☐	

7. Mohon sebutkan nama dan alamat Dokter atau Dokter spesialis yang merawat/konsultasi/ mengobati kencing manis Anda?

Tanggal Konsultasi	Nama Dokter	Nama RS/Klinik/Praktek	Alamat RS/Klinik/Praktek
d d m m y y y y			
d d m m y y y y			

8. 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