

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN - PENYAKIT PARU

- 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

Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

Tanggal Lahir :

Silahkan gunakan form amandemen jika diperlukan

1.	Sebutkan diagnosis Dokter untuk penyakit paru Anda.				
	☐ Asma	☐ Pneumonia	☐ Efusi pleura		
	☐ Tuberkulosis (TBC)	☐ Bronkitis	☐ Emphisema		
	☐ Lainnya, sebutkan:				
2.	Kapan pertama kali dan sudah berapa lama Anda menderita penyakit paru?				
3.	Mohon jelaskan gejala-gejala yang Anda rasakan pada penyakit paru tersebut diatas.				
4.	Apakah gejala-gejala tersebut masih berlangsung atau dirasakan sampai saat ini?				
	☐ Ya, sebutkan:		☐ Tidak		
	☐ Semakin berat				
	☐ Tetap				
	☐ Lebih ringan				
5.	Apakah Anda pernah dirawat inap di Rumah Sakit sehubungan dengan penyakit paru?				
	☐ 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 penyakit paru 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	Dosis (mg)
7.	Apakah untuk penyakit paru Anda pernah ini dilakukan operasi/pembedahan?				
	☐ Ya, lampirkan salin resume medis berdiagnosis, hasil PA dan sebutkan:			☐ Tidak	
	Tanggal Operasi	Nama Dokter	Alamat Rumah Sakit	Hasil Operasi	

8. Apakah pernah dilakukan pemeriksaan penunjang medis? (Misal: Pemeriksaan darah, spirometri, ekokardiografi, EKG, 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				
d d m m y y y y				

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

☐ Ya, sebutkan: ☐ Tidak

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

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

Pemegang Polis⁽¹⁾

Nama Lengkap

Tertanggung

Nama Lengkap