

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN - PENYAKIT UMUM

- 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 penyakit Anda?				
2.	Kapan pertama kali dan sudah berapa lama Anda menderita penyakit tersebut?				
3.	Sebutkan gejala-gejala yang dirasakan untuk penyakit tersebut.				
4.	Apakah penyakit ini masih berlangsung sampai sekarang?				
☐ Ya ☐ Tidak					
5.	Apakah Anda mengetahui penyebab kelainan tersebut?				
☐ Ya, sebutkan: ☐ Tidak					
6.	Apakah Anda pernah dirawat inap di Rumah Sakit sehubungan dengan penyakit tersebut?				
☐ Ya, lampirkan salinan resume medis berdiagnosis dan sebutkan ☐ Tidak					
Tanggal Perawatan		Nama Dokter yang merawat	Nama dan alamat Rumah Sakit		Lama Perawatan
7.	Sebutkan nama obat untuk penyakit tersebut 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	
8.	Apakah untuk penyakit tersebut Anda pernah ini dilakukan operasi/pembedahan?				
☐ Ya, lampirkan salin resume medis berdiagnosis, hasil patologi anatomi dan sebutkan: ☐ Tidak					
Tanggal Operasi		Nama Dokter	Alamat Rumah Sakit		Hasil Operasi

9. Apakah pernah dilakukan pemeriksaan penunjang medis? (Misal: Pemeriksaan darah, EKG, ekokardiografi, USG, 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				

10. Selain pernyataan pada no. 7 sampai no. 9 diatas, Apakah ada pemeriksaan penunjang, operasi/ pembedahan, tindakan dan pengobatan lainnya yang disarankan oleh Dokter?

☐ Ya, sebutkan: ☐ Tidak

11. 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

12. 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

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