

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN - RIWAYAT KECELAKAAN

- 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 kapan kecelakaan terjadi?																							
2.	Sebutkan jenis kecelakaan yang dialami.																							
☐ Lalu lintas ☐ Kerja ☐ Rumah tangga																								
☐ Lainnya, sebutkan:																								
3.	Uraikan secara singkat kronologi kecelakaan tersebut.																							
4.	Apakah Anda mengalami kehilangan kesadaran pada saat kecelakaan tersebut?																							
☐ Ya, sebutkan berapa lama: menit ☐ Tidak																								
5.	Sebutkan bagian tubuh Anda yang cedera:																							
6.	Apakah Anda pernah dirawat inap di Rumah Sakit sehubungan dengan kecelakaan tersebut?																							
☐ 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> <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																					
7.	Apakah pernah dilakukan operasi pemasangan pen/wiring/plat and screw atau lainnya?																							
☐ Ya, sebutkan: ☐ Tidak																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Bagian tulang yang dipasang</th> <th>Kapan dipasang</th> <th>Kapan dilepas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>					Bagian tulang yang dipasang	Kapan dipasang	Kapan dilepas																	
Bagian tulang yang dipasang	Kapan dipasang	Kapan dilepas																						
8.	Selain operasi pemasangan pen/wiring/plat and screw, apakah Anda menjalani operasi/ pembedahan atau tindakan lainnya dibagian tubuh lainnya akibat kecelakaan tersebut?																							
☐ Ya, Lampirkan salinan resume medis dan sebutkan: ☐ Tidak																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tanggal Operasi</th> <th>Jenis Operasi</th> <th>Bagian tubuh yang dioperasi</th> <th>Nama Dokter yang merawat</th> <th>Nama dan alamat RS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>					Tanggal Operasi	Jenis Operasi	Bagian tubuh yang dioperasi	Nama Dokter yang merawat	Nama dan alamat RS															
Tanggal Operasi	Jenis Operasi	Bagian tubuh yang dioperasi	Nama Dokter yang merawat	Nama dan alamat RS																				

9. Apakah pernah dilakukan pemeriksaan penunjang medis ? (Misal: Pemeriksaan darah, EKG, USG, 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. Mohon sebutkan tempat Anda mendapat pengobatan/perawatan sehubungan dengan cedera yang diderita.

Tanggal Konsultasi	Nama Dokter	Nama RS/Klinik	Alamat RS/Klinik/Dokter
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			

11. Hasil pengobatan yang telah dilakukan:

☐ Sembuh seperti semula ☐ Sembuh dengan cacat yang menetap

☐ Sembuh dengan ada gangguan fungsi:

☐ Kelumpuhan ☐ Anggota gerak bawah ☐ Anggota gerak atas

☐ Panca Indera, sebutkan:

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