

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN - TEKANAN DARAH TINGGI

- 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 tekanan darah tinggi?				
2.	Sebutkan keluhan atau gejala pada penyakit darah tinggi yang dirasakan.				
☐ Pusing ☐ Vertigo ☐ Pundak terasa sakit ☐ Jantung berdebar - debar ☐ Lainnya, sebutkan gejala yang dirasa:					
3.	Apakah Anda melakukan pemeriksaan tekanan darah secara mandiri?				
☐ Ya, sebutkan: ☐ Tidak					
Frekuensi pengukuran		Hasil terendah	Hasil tertinggi		
/minggu		mmHg	mmHg		
4.	Apakah Anda pernah rawat inap di Rumah Sakit sehubungan dengan tekanan darah?				
☐ Ya, lampirkan salinan resume medis berdiagnosis dan jelaskan: ☐ Tidak					
Tanggal Perawatan		Nama Dokter yang merawat	Alamat RS/Dokter		Lama Perawatan
5.	Sebutkan nama obat penurun tekanan darah tinggi yang pernah dan saat ini sedang diminum.				
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 pernah dilakukan pemeriksaan penunjang medis? (Misal: Pemeriksaan darah, gula darah, kolesterol, ekokardiografi, EKG, treadmill, rontgen, MRI, CT-scan, dll)				
☐ Ya, lampirkan salinan pemeriksaan dan sebutkan : ☐ Tidak					
Tanggal Pemeriksaan		Jenis Pemeriksaan	Nama Dokter	Nama dan Alamat RS/ Laboratorium	Hasil Pemeriksaan

7. Apakah Anda pernah menderita penyakit seperti tersebut di bawah?				
Penyakit	Ya	Tidak	Bila Ya, isi dan lampirkan pemeriksaan beserta catatan medis	
			Tgl/Bln/Thn	Nama dan alamat Dokter yang merawat
Peningkatan kolesterol			d d m m y y y y	
Kencing Manis			d d m m y y y y	
Penyakit jantung			d d m m y y y y	
Gangguan mata			d d m m y y y y	
Penyakit ginjal			d d m m y y y y	
Gangguan Pembuluh darah diotak			d d m m y y y y	
Gangguan lain nya (misalnya: pada urine, kegemukan/ obesitas, dll)			d d m m y y y y	

8. Mohon sebutkan nama dan alamat Dokter yang sering Anda kunjungi untuk berkonsultasi/berobat penyakit tekanan darah tinggi?			
Tanggal konsultasi	Nama Dokter yang merawat	Nama RS/Klinik/Praktek	Alamat RS/Klinik/Praktek
d d m m y y y y			
d d m m y y y y			

9. 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.