

## FORMULIR PERTANYAAN KESEHATAN GANGGUAN SALURAN CERNA

- Mohon mengisi dengan jelas menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak memberi tanda ✓ pada kotak jawaban yang sesuai.
- Jika terjadi salah penulisan, mohon tidak dihapus melainkan dicoret dan ditandatangani oleh Calon Pemegang Polis/Pemegang Polis sesuai dengan jenis Identitas Diri (ID) yang dilampirkan.
- Untuk mempercepat proses pengajuan Anda, mohon melengkapi seluruh persyaratan yang tertera di formulir ini.

No. SPAJ/Polis 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Lengkap (sesuai identitas diri) 

1.	<p>Mohon jelaskan riwayat penyakit Gangguan Saluran Cerna yang Anda rasakan/alami:</p> <p>a. Sebutkan gejala penyakit tersebut.</p> <input style="width: 850px; height: 20px;" type="text"/> <p>b. Apakah gejala tersebut masih dirasakan hingga saat ini? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>c. Apakah Anda pernah berkonsultasi atau berobat ke Dokter/Rumah Sakit/Klinik? <input type="checkbox"/> Ya, mohon lengkapi data di bawah ini. <input type="checkbox"/> Tidak</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Kapan Diagnosis Dokter Ditegakkan</th> <th style="width: 75%;">Diagnosis Dokter</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input type="checkbox"/> Infeksi pada usus/lambung</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input type="checkbox"/> Gangguan lambung (<i>Maag/Dispepsia/Gastritis</i>)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input type="checkbox"/> Penyakit refluks gastroesofagus (<i>Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)</i>)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan: <input style="width: 150px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Kapan Diagnosis Dokter Ditegakkan	Diagnosis Dokter	d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Infeksi pada usus/lambung	d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Gangguan lambung ( <i>Maag/Dispepsia/Gastritis</i> )	d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Penyakit refluks gastroesofagus ( <i>Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)</i> )	d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan: <input style="width: 150px;" type="text"/>																																
Kapan Diagnosis Dokter Ditegakkan	Diagnosis Dokter																																										
d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Infeksi pada usus/lambung																																										
d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Gangguan lambung ( <i>Maag/Dispepsia/Gastritis</i> )																																										
d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Penyakit refluks gastroesofagus ( <i>Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)</i> )																																										
d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan: <input style="width: 150px;" type="text"/>																																										
2.	<p>Mohon jelaskan riwayat serangan dalam 12 (dua belas) bulan terakhir yang Anda rasakan/alami:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 45%;">Berapa kali serangan</td> <td style="width: 55%;"><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Berapa lama waktu (menit) dalam setiap kali terjadi serangan</td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Kapan Anda mengalami serangan terakhir</td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> </table>	Berapa kali serangan	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Berapa lama waktu (menit) dalam setiap kali terjadi serangan	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Kapan Anda mengalami serangan terakhir	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																				
Berapa kali serangan	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																										
Berapa lama waktu (menit) dalam setiap kali terjadi serangan	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																										
Kapan Anda mengalami serangan terakhir	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																										
3.	<p>Apakah pernah dilakukan pemeriksaan Laboratorium, pemeriksaan penunjang/diagnostik untuk penyakit tersebut? (Misal: Barium Enema, Endoskopi, dll). <input type="checkbox"/> Ya, mohon lengkapi data di bawah ini. <input type="checkbox"/> Tidak</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Tanggal Pemeriksaan</th> <th style="width: 30%;">Jenis Pemeriksaan</th> <th style="width: 20%;">Hasil Pemeriksaan</th> <th style="width: 30%;">Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik	d d m m y y y y	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	d d m m y y y y	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	d d m m y y y y	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																										
Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik																																								
d d m m y y y y	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																								
d d m m y y y y	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																								
d d m m y y y y	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																								
4.	<p>Apakah Anda pernah menjalani rawat inap? <input type="checkbox"/> Ya, mohon lengkapi data di bawah ini dan lampirkan salinan dokumen hasil pemeriksaan/perawatan (resume medis berdiagnosis). <input type="checkbox"/> Tidak</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Tanggal Perawatan</th> <th style="width: 30%;">Lama Perawatan (hari)</th> <th style="width: 50%;">Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Tanggal Perawatan	Lama Perawatan (hari)	Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik	d d m m y y y y	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	d d m m y y y y	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	d d m m y y y y	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																														
Tanggal Perawatan	Lama Perawatan (hari)	Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik																																									
d d m m y y y y	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																									
d d m m y y y y	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																									
d d m m y y y y	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																									
5.	<p>Mohon jelaskan riwayat pengobatan penyakit tersebut:</p> <p>a. Sebutkan obat apa saja yang Anda konsumsi.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="width: 50%;">Dalam 12 (dua belas) Bulan Terakhir</th> <th colspan="3" style="width: 50%;">Sedang/Masih Dikonsumsi Saat Ini</th> </tr> <tr> <th style="width: 20%;">Nama Obat</th> <th style="width: 15%;">Dosis (Mg)</th> <th style="width: 15%;">Frekuensi Minum Obat/Hari</th> <th style="width: 20%;">Nama Obat</th> <th style="width: 15%;">Dosis (Mg)</th> <th style="width: 15%;">Frekuensi Minum Obat/Hari</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>b. Apakah Anda pernah menjalani operasi/pembedahan? <input type="checkbox"/> Ya, mohon lengkapi data di bawah ini dan lampirkan salinan dokumen hasil operasi/pembedahan. <input type="checkbox"/> Tidak</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Tanggal Operasi/Pembedahan</th> <th style="width: 30%;">Hasil Operasi/Pembedahan</th> <th style="width: 45%;">Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Dalam 12 (dua belas) Bulan Terakhir			Sedang/Masih Dikonsumsi Saat Ini			Nama Obat	Dosis (Mg)	Frekuensi Minum Obat/Hari	Nama Obat	Dosis (Mg)	Frekuensi Minum Obat/Hari	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Tanggal Operasi/Pembedahan	Hasil Operasi/Pembedahan	Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik	d d m m y y y y	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	d d m m y y y y	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	d d m m y y y y	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Dalam 12 (dua belas) Bulan Terakhir			Sedang/Masih Dikonsumsi Saat Ini																																								
Nama Obat	Dosis (Mg)	Frekuensi Minum Obat/Hari	Nama Obat	Dosis (Mg)	Frekuensi Minum Obat/Hari																																						
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																						
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																						
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																						
Tanggal Operasi/Pembedahan	Hasil Operasi/Pembedahan	Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik																																									
d d m m y y y y	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																									
d d m m y y y y	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																									
d d m m y y y y	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																									

6. Apakah ada informasi lain yang ingin disampaikan, sehingga dapat membantu proses pengajuan asuransi Anda?

Dengan ini Saya/Kami menyatakan bahwa semua pernyataan dan jawaban yang Saya/Kami berikan adalah lengkap dan benar tanpa ada informasi yang disembunyikan yang dapat mempengaruhi penerimaan pengajuan atau perubahan asuransi terkait.

Formulir ini merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ)/Polis.

Keterangan yang diajukan hanya berlaku setelah formulir ini lengkap ditandatangani dan/atau disetujui oleh Calon Pemegang Polis/Pemegang Polis, Calon Tertanggung/Orang Tua/Wali/Tertanggung serta telah diterima, diperiksa dan disetujui oleh Tokio Marine Life.

Selanjutnya Tokio Marine Life berhak membatalkan perjanjian asuransi yang bersangkutan apabila terdapat keterangan yang tidak sesuai dengan keadaan sebenarnya.

Ditandatangani di

**Calon Pemegang Polis/Pemegang Polis**

Nama lengkap

Tanggal

**Calon Tertanggung/Orang Tua/Wali/Tertanggung**

Nama lengkap