TOKIO MARINE INSURANCE GROUP

PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia
International Financial Centre Tower 2 Lantai 33A
Jl.Jenderal Sudirman Kav 22-23, Jakarta 12920

WA Interaktif : 089 535 1500086
Email : customercare@tokiomarine-life.co.id
Telp : 1500086

PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.

FORMULIR PERTANYAAN KESEHATAN KENCING MANIS

- *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. Mohon jelaskan riwayat penyakit Kencing Manis yang Anda rasakan/alami:

   a. Sebutkan gejala penyakit tersebut.

   b. Apakah gejala tersebut masih dirasakan hingga saat ini? ☐ Ya ☐ Tidak

   c. Kapan diagnosis Dokter pertama kali ditegakkan untuk penyakit tersebut?

2. Mohon jelaskan riwayat penyakit penyerta yang Anda rasakan/alami (jika ada):

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Gangguan/Kelainan	Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik
d d m m y y y y	☐ Tekanan darah tinggi_____(mmHg)	
d d m m y y y y	☐ Gangguan mata Jelaskan:	
d d m m y y y y	☐ Gangguan sensoris (kesemutan/mati rasa, dll) Jelaskan:	
d d m m y y y y	☐ Gangguan pada jantung dan pembuluh darah Jelaskan:	
d d m m y y y y	☐ Gangguan pada ginjal (termasuk ditemukan protein/gula darah dalam urine) Jelaskan:	
d d m m y y y y	☐ Lainnya (gangguan di otak, kaki diabetes, dll) Jelaskan:	

3. Mohon jelaskan riwayat pemeriksaan untuk pernyakit tersebut:

   a. Apakah pernah dilakukan pemeriksaan Laboratorium, pemeriksaan penunjang/diagnostik untuk penyakit tersebut?

   (Misal: Pemeriksaan gula darah, Rontgen, USG jantung (*Echocardiography*), Rekam jantung (*ECG*), Urine, dll).

   ☐ Ya, mohon lengkapi data di bawah ini. ☐ Tidak

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik
d d m m y y y y			
d d m m y y y y			
d d m m y y y y			

   b. Apakah Anda melakukan pemeriksaan kadar gula darah secara mandiri?

Frekuensi pemeriksaan (minggu)	
Hasil pemeriksaan terendah	(Mg/dL)
Hasil pemeriksaan tertinggi	(Mg/dL)

4. Apakah Anda pernah menjalani rawat inap?

   ☐ Ya, mohon lengkapi data di bawah ini dan lampirkan salinan dokumen hasil pemeriksaan/perawatan (resume medis berdiagnosis). ☐ Tidak

Tanggal Perawatan	Lama Perawatan (hari)	Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik
d d m m y y y y		
d d m m y y y y		
d d m m y y y y		

5. Mohon jelaskan riwayat pengobatan penyakit tersebut:

   a. Sebutkan obat apa saja yang Anda konsumsi.

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

b. Apakah Anda pernah menjalani operasi/pembedahan?

☐ Ya, mohon lengkapi data di bawah ini dan lampirkan salinan dokumen hasil operasi/pembedahan. ☐ Tidak

Tanggal Operasi/Pembedahan	Hasil Operasi/Pembedahan	Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik
d d m m y y y y		
d d m m y y y y		
d d m m y y y y		

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

Tanggal d d m m y y y y

Calon Pemegang Polis/Pemegang Polis

Nama lengkap

Calon Tertanggung/Orang Tua/Wali/Tertanggung

Nama lengkap