

# FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN

- 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.

Nama Pemegang Polis :  No. Polis :

(sesuai identitas diri)

No. Telpon :  :  :

(wajib diisi)

No. Telp :  -  Kantor :  -

Formulir ini diisi oleh :  Pemegang Polis (jika mengajukan/memilih Asuransi Tambahan Payor Waiver)

Tertanggung / Peserta Nama Lengkap :  No. Peserta :

(sesuai identitas diri) (khusus Group)

Ponsel (HP) :

## I. PERTANYAAN KESEHATAN DAN KEGIATAN

**GIO** (Khusus untuk Produk GIO) Apakah Pemegang Polis / Tertanggung / Peserta dalam keadaan sehat jasmani, rohani, tidak terganggu jiwanya serta tidak mempunyai gejala penyakit dan/atau dalam perawatan suatu penyakit dan/atau menjalani rawat inap di Rumah Sakit?  Ya  Tidak

No.	PERTANYAAN (Untuk jawaban yang memerlukan penjelasan, silakan gunakan kolom penjelasan)	Tertanggung / Peserta		Pemegang Polis		PENJELASAN
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	
1.	Apakah saat ini Anda dalam keadaan sehat? Jika Tidak, jelaskan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	a. Tinggi Badan b. Berat Badan Apakah ada penurunan/kenaikan berat badan lebih dari 5 (lima) kg dalam 12 (dua belas) bulan terakhir? Jika Ya, jelaskan. (i) Jumlah penurunan/kenaikan berat badan (ii) Sebab.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3.	Apakah Anda mempunyai kelainan fisik/mental? Jika Ya, jelaskan. (i) Anggota tubuh yang memiliki kelainan (ii) Sebab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Apakah Anda Buta Huruf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Apakah Anda pernah mengalami kecelakaan yang memerlukan perawatan medis? Jika Ya, harap mengisi Kuesioner Kecelakaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Apakah Anda/anggota keluarga Anda lainnya sedang/pernah bekerja pada institusi kesehatan, misalnya Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium dan/atau lainnya? Jika Ya, jelaskan. (i) Di mana (ii) Jabatan (iii) Sudah berapa lama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Apakah Anda pernah atau memiliki kebiasaan: a. Merokok, jika Ya, jelaskan. (i) Berapa batang per hari (ii) Sudah berapa lama (bulan) (iii) Jika sudah berhenti, kapan dan alasan berhenti. b. Mengonsumsi minuman beralkohol, jika Ya, jelaskan. (i) Jenis (ii) Berapa gelas/botol per minggu (iii) Jika sudah berhenti, kapan dan alasan berhenti. c. Menggunakan narkotika/obat terlarang/obat penenang/zat adiktif lainnya, jika Ya, - Jelaskan (i) Jenis (ii) Jumlah konsumsi dalam sehari (iii) Sudah berapa lama (iv) Jika sudah berhenti, kapan dan alasan berhenti. - Apakah pernah dirawat karena penggunaan obat-obatan tersebut? Jika Ya, jelaskan. (i) Di mana (ii) Berapa lama. (iii) Hasil/keadaan sekarang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Dalam 5 (lima) tahun terakhir apakah Anda pernah disarankan atau bermaksud: a. Menerima Transfusi Darah dan/atau ditolak untuk donor darah? Jika Ya, jelaskan. (i) Kapan (ii) Alasan. b. Menjalani Rawat Inap/Rawat Jalan, pembedahan atau biopsi. c. Melakukan pemeriksaan Laboratorium, pemeriksaan diagnostik: Rontgen, EKG, USG, CT Scan, MRI dan Treadmill. Untuk pertanyaan b dan/atau c jika Ya, jelaskan (i) Kapan (ii) Alasan (iii) Diagnosa (iv) Nama dan alamat dokter dan/Rumah Sakit/Klinik (v) Lampirkan salinan dokumen hasil pemeriksaan/perawatan, resume medis dan diagnosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Apakah Anda pernah mengalami gejala/diperiksa/mendapat nasihat medis/menderita/mendapat perawatan untuk penyakit di bawah ini: a. <b>Jantung dan Pembuluh Darah:</b> tekanan darah tinggi, nyeri dada, sesak napas, serangan jantung, penyempitan dan/atau penyumbatan pembuluh darah, jantung berdebar-debar/tidak teratur, sakit jantung, kelainan katup dan sekat jantung, varises, gangguan peredaran darah. b. <b>Sistem saraf:</b> kejang, epilepsi, lumpuh, pingsan, kesemutan, kebas, stroke, sakit kepala terus menerus, vertigo, gangguan mental/kejiwaan, depresi, polio, multiple sclerosis. c. <b>Mata:</b> penurunan fungsi penglihatan dan/atau buta. d. <b>Telinga, Hidung, Tenggorokan dan Mulut:</b> fungsi pendengaran, penciuman, bicara terganggu atau hilang. e. <b>Paru:</b> gangguan pernapasan, asma, bronkitis, tuberkulosis, batuk darah, dan penyakit paru lainnya. f. <b>Organ Perut:</b> maag/tukak lambung, kelainan usus, kelainan hati, limpa, pankreas, muntah darah, sakit kuning, batu empedu, buang air besar berdarah, wasir, hernia, sering diare. g. <b>Sistem Kemih dan Kelamin:</b> infeksi saluran kemih, kencing nanah/darah, penyakit kelamin, batu saluran kemih, gangguan fungsi ginjal, sakit prostat. h. <b>Sistem Kelenjar dan Darah:</b> gangguan hormon, gondok, kencing manis, pembesaran kelenjar getah bening, kolesterol, asam urat, anemia, leukimia, thalasemia, hemofilia, dan kelainan darah lainnya. i. <b>Sistem Otot dan Tulang:</b> nyeri sendi/rematik, nyeri lutut, osteoporosis, gangguan tulang belakang, patah tulang, amputasi, gangguan otot dan tulang lainnya. j. <b>Kulit:</b> kelainan kulit, kusta, tahi lalat yang membesar dengan cepat. k. <b>Pertumbuhan Sel:</b> tumor, kanker, kista, polip, lipoma, massa/benjolan. l. <b>Sistem Kekebalan dan Infeksi:</b> HIV/AIDS dan kondisi yang berhubungan dengan HIV/AIDS (mempunyai gejala berikut selama lebih dari 1 (satu) minggu berturut-turut: kelelahan, penurunan berat badan, diare, pembesaran kelenjar, kelainan kulit yang lain dari biasa, demam, radang paru-paru), hepatitis, malaria, disentri amuba, alergi, lupus dan/atau penyakit imun lainnya. m. <b>Lain-lain</b> yang tidak disebutkan di atas, termasuk penyakit turunan, gangguan fungsi anggota tubuh atau menggunakan tubuh palsu (protesa). Untuk pertanyaan no. 9 di atas jika Ya, jelaskan. (i) Kelainan yang diderita atau organ yang terdampak/terkena (ii) Sejak kapan (iii) Berapa lama (iv) Nama dan alamat dokter dan/Rumah Sakit/Klinik (v) Kondisi saat ini (vi) Lampirkan salinan dokumen hasil pemeriksaan/perawatan, resume medis dan diagnosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

No	PERTANYAAN <i>(Untuk jawaban yang memerlukan penjelasan, silakan gunakan kolom penjelasan)</i>	Tertanggung / Peserta		Pemegang Polis		PENJELASAN
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	
10.	<b>KHUSUS PEREMPUAN:</b> a. Apakah Anda sedang hamil? Jika Ya, sebutkan usia kehamilan (minggu). b. Apakah ada komplikasi pada masa kehamilan? Jika Ya, jelaskan. c. Apakah Anda pernah/sedang mengalami kelainan pada rahim/indung telur/gangguan haid/kesulitan pada waktu melahirkan/mengalami keguguran/menggugurkan kandungan? d. Pernahkah Anda mendapatkan hasil tes pap smear yang abnormal? e. Pernahkah Anda mengalami kelainan pada payudara/melakukan mamografi? <i>Untuk pertanyaan b,c,d dan/atau e, jika Ya, jelaskan. (i) Kapan (ii) Alasan (iii) Diagnosa (iv) Nama dan alamat dokter dan/ Rumah Sakit/Klinik (v) Lampirkan salinan dokumen hasil pemeriksaan/perawatan, resume medis, dan diagnosa.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	<b>KHUSUS ANAK --</b> Usia sampai dengan 5 (lima) tahun wajib: a. Melampirkan salinan dokumen buku rekam medis anak dengan lengkap. b. Memberikan nama dan alamat Dokter Spesialis Anak langganan.					
12.	Apakah Anda memiliki hobi atau akan melakukan olahraga berisiko tinggi? <input type="checkbox"/> Balap Mobil/Motor <input type="checkbox"/> Panjat Tebing dan Mendaki Gunung <input type="checkbox"/> Lainnya, _____ <input type="checkbox"/> Bela Diri <input type="checkbox"/> Paralayang <input type="checkbox"/> Menyelam <input type="checkbox"/> Terjun Payung Jika Ya, harap mengisi Kuesioner sesuai pilihan di atas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**II. DATA RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA** *(Silakan gunakan Formulir Amendemen jika diperlukan)*

Apakah ada 2 atau lebih dari orang tua, suami/istri, anak atau saudara kandung Anda yang meninggal dunia akibat atau pernah menderita tekanan darah tinggi, sakit jantung, stroke, sakit ginjal, kencing manis, tuberkulosis, gangguan mental/kejiwaan, tumor/kanker atau penyakit keturunan lainnya?  Ya     Tidak  
 Jika Ya, mohon jelaskan secara detail hubungan keluarga dengan Tertanggung/Peserta dan/atau Pemegang Polis, jenis kelamin, usia, jenis penyakit dan keadaan kesehatan.

Tertanggung / Peserta	Pemegang Polis

Saya sebagai Pemegang Polis atau Tertanggung / Peserta atau orang tua / wali Tertanggung / Peserta yang bertanda tangan di bawah ini, dengan ini menyatakan dan menyetujui bahwa:

- Telah menjawab semua pertanyaan dan telah memberikan semua jawaban, pernyataan, keterangan dan informasi dalam Formulir ini, termasuk semua lampiran dan/atau dokumen yang dilampirkan (jika ada) secara lengkap dan benar, tanpa menyembunyikan/menghindari jawaban yang tidak semestinya, serta memahami dan menyetujui semua jawaban, pernyataan, keterangan dan informasi tersebut akan mengubah keterangan dan informasi mengenai pernyataan kesehatan Saya sebelumnya.
- Apabila jawaban, pernyataan, keterangan dan informasi dalam Formulir ini tidak benar atau tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya, PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia ("Tokio Marine Life") berhak untuk menolak Formulir Pernyataan Kesehatan ini, membatalkan (termasuk pembatalan Polis sejak awal) atau mengakhiri Polis/e-Polis dan serta membebaskan Tokio Marine Life dari segala klaim/tuntutan dari pihak manapun/kerugian apapun yang timbul termasuk Tokio Marine Life tidak dapat memberikan pertanggungan dan/atau menerima atau melakukan setiap bentuk pembayaran berdasarkan Polis yaitu penerimaan Premi, pembayaran klaim Manfaat Asuransi, atau pengembalian Premi termasuk memberikan Manfaat Asuransi atau pengelolaan dana dalam bentuk apapun berdasarkan Polis/e-Polis.
- Saya memberikan kuasa kepada Tokio Marine Life dengan hak substitusi untuk memperoleh/mempertanyakan/mengetahui/memverifikasi jawaban, pernyataan, keterangan dan informasi yang telah Saya berikan pada Formulir Pernyataan Kesehatan ini dari dokter, Klinik, Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium, perusahaan asuransi/reasuransi, lembaga organisasi, badan hukum, instansi pemerintah, perorangan atau pihak lain yang mempunyai catatan/keterangan/pernyataan/informasi mengenai keadaan/riwayat kesehatan/pengobatan/perawatan Rumah Sakit/keterangan lain mengenai diri Saya selama masih hidup atau telah meninggal dunia dan apabila terdapat jawaban, pernyataan, keterangan dan informasi yang tidak benar, maka Saya akan tunduk pada ketentuan Polis.
- Saya memberikan kuasa kepada setiap tenaga medis/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas dan/atau Laboratorium untuk mengungkapkan semua data pribadi dan/atau catatan riwayat kesehatan kepada Tokio Marine Life/pihak yang diberi kuasa olehnya.
- Dengan ditandatangani Formulir ini, maka keterangan dan informasi sebelumnya di Polis mengenai pernyataan kesehatan menjadi tidak berlaku dan yang berlaku adalah keterangan dan informasi di dalam Formulir ini.
- Formulir ini berlaku selama 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal ditandatangani.

Pemegang Polis,

Tertanggung/Peserta,

TTD
Nama: _____
Tempat : _____
Tanggal : __/__/____

TTD
Nama: _____
Tempat : _____
Tanggal : __/__/____