



### Formulir Pernyataan Kesehatan - Syariah

- Isi dengan menggunakan tinta hitam, huruf kapital, jelas dan beri tanda (V) pada lingkaran yang disediakan  
- Setiap kesalahan penulisan wajib dikoreksi dengan pencoretan dan pembubuhan tandatangan Peserta disebelahnya.  
- Mohon tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong.

#### Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nomor Polis

Nama Peserta

No telepon yang bisa dihubungi

Apakah ada perubahan alamat, email, atau no telepon?  Tidak  Ya, mohon menggunakan aplikasi FWD MAX dengan fitur eServices di menu Profil saya, untuk melakukan perubahan data.

#### Wajib diisi kondisi sebenarnya, jujur dan lengkap

##### I. Tujuan Pengisian Formulir

Perubahan Manfaat Asuransi  Pengajuan Peninjauan Seleksi Risiko Ulang

##### II. Data Pihak Yang Diasuransikan/Peserta (PP) Sebagai Pihak Yang Diasuransikan Utama (PU) atau Pihak Yang Diasuransikan (PD1, PD2, PD3, PD4)

Nama Pihak Yang Diasuransikan Utama

Tempat Lahir  Tanggal Lahir  -  -

Negara tempat lahir

Kewarganegaraan  WNI  WNA, sebutkan:

Jenis Identitas  KTP  Akte Lahir  Paspor

No. Identitas  Masa Berlaku  -  -

No. KIMS/KITAS (khusus WNA)  Masa Berlaku  -  -

Jenis Kelamin  Laki-laki  Perempuan

Status Perkawinan  Kawin  Belum Kawin  Janda/Duda

Agama  Islam  Kristen  Katolik  Hindu  Budha  Lainnya

Pekerjaan

Detil pekerjaan

Kelas Pekerjaan (Sesuai ketentuan Underwriting)  Kelas I  Kelas II  Kelas III  Kelas IV

Nama Pihak Yang Diasuransikan Tambahan 1

Tempat Lahir  Tanggal Lahir  -  -

Negara tempat lahir

Kewarganegaraan  WNI  WNA, sebutkan:

Jenis Identitas  KTP  Akte Lahir  Paspor

No. Identitas  Masa Berlaku  -  -

No. KIMS/KITAS (khusus WNA)  Masa Berlaku  -  -

Jenis Kelamin  Laki-laki  Perempuan

Status Perkawinan  Kawin  Belum Kawin  Janda/Duda

Agama  Islam  Kristen  Katolik  Hindu  Budha  Lainnya

Pekerjaan

Detil pekerjaan

Kelas Pekerjaan (Sesuai ketentuan Underwriting)  Kelas I  Kelas II  Kelas III  Kelas IV

Nomor Polis

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

**Nama Pihak Yang Diasuransikan Tambahan 2**

Tempat Lahir: \_\_\_\_\_ Tanggal Lahir: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Negara tempat lahir: \_\_\_\_\_

Kewarganegaraan:  WNI  WNA, sebutkan: \_\_\_\_\_

Jenis Identitas:  KTP  Akte Lahir  Paspor

No. Identitas: \_\_\_\_\_ Masa Berlaku: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

No. KIMS/KITAS (khusus WNA): \_\_\_\_\_ Masa Berlaku: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Jenis Kelamin:  Laki-laki  Perempuan

Status Perkawinan:  Kawin  Belum Kawin  Janda/Duda

Agama:  Islam  Kristen  Katolik  Hindu  Budha  Lainnya \_\_\_\_\_

Pekerjaan: \_\_\_\_\_

Detil pekerjaan: \_\_\_\_\_

Kelas Pekerjaan (Sesuai ketentuan Underwriting):  Kelas I  Kelas II  Kelas III  Kelas IV

**Nama Pihak Yang Diasuransikan Tambahan 3**

Tempat Lahir: \_\_\_\_\_ Tanggal Lahir: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Negara tempat lahir: \_\_\_\_\_

Kewarganegaraan:  WNI  WNA, sebutkan: \_\_\_\_\_

Jenis Identitas:  KTP  Akte Lahir  Paspor

No. Identitas: \_\_\_\_\_ Masa Berlaku: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

No. KIMS/KITAS (khusus WNA): \_\_\_\_\_ Masa Berlaku: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Jenis Kelamin:  Laki-laki  Perempuan

Status Perkawinan:  Kawin  Belum Kawin  Janda/Duda

Agama:  Islam  Kristen  Katolik  Hindu  Budha  Lainnya \_\_\_\_\_

Pekerjaan: \_\_\_\_\_

Detil pekerjaan: \_\_\_\_\_

Kelas Pekerjaan (Sesuai ketentuan Underwriting):  Kelas I  Kelas II  Kelas III  Kelas IV

**Nama Pihak Yang Diasuransikan Tambahan 4\***

Tempat Lahir: \_\_\_\_\_ Tanggal Lahir: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Negara tempat lahir: \_\_\_\_\_

Kewarganegaraan:  WNI  WNA, sebutkan: \_\_\_\_\_

Jenis Identitas:  KTP  Akte Lahir  Paspor

No. Identitas: \_\_\_\_\_ Masa Berlaku: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

No. KIMS/KITAS (khusus WNA): \_\_\_\_\_ Masa Berlaku: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Jenis Kelamin:  Laki-laki  Perempuan

Status Perkawinan:  Kawin  Belum Kawin  Janda/Duda

Agama:  Islam  Kristen  Katolik  Hindu  Budha  Lainnya \_\_\_\_\_

Pekerjaan: \_\_\_\_\_

Detil pekerjaan: \_\_\_\_\_

Kelas Pekerjaan (Sesuai ketentuan Underwriting):  Kelas I  Kelas II  Kelas III  Kelas IV

\*) Untuk Pihak Yang Diasuransikan Tambahan yang ke 5 dst, mohon dapat mengisi Formulir Pernyataan Kesehatan kembali dan datanya diisi pada Pihak Yang Diasuransikan Tambahan 1 dst.

Nomor Polis

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

III. Pertanyaan Kesehatan

Pertanyaan Kesehatan (Untuk jawaban "Ya", mohon melengkapi kolom keterangan/penjelasan di halaman berikut)		PU	PD1	PD2	PD3	PD4	PP																																																															
<b>1. Berat Badan dan Tinggi Badan</b> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="3">Berat Badan</th> <th>kg</th> <th colspan="3">Tinggi Badan</th> <th>cm</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PU</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PD1</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PD2</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PD3</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PD4</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PP</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Berat Badan			kg	Tinggi Badan			cm	PU									PD1									PD2									PD3									PD4									PP														
	Berat Badan			kg	Tinggi Badan			cm																																																														
PU																																																																						
PD1																																																																						
PD2																																																																						
PD3																																																																						
PD4																																																																						
PP																																																																						
<b>2. Apakah Kamu pernah diberitahu, sedang menderita atau dalam pengobatan untuk penyakit :</b>																																																																						
a. Diabetes, kelainan tiroid atau penyakit endokrin lainnya		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
b. Asma, tuberkulosis (TBC), emfisema, bronkhitis kronis atau penyakit paru obstruktif kronik		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
c. Kolesterol tinggi, tekanan darah tinggi, serangan jantung, penyakit jantung koroner atau penyakit jantung lainnya		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
d. Epilepsi, stroke, kelumpuhan, depresi, penyakit kejiwaan		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
e. Radang/ulkus pada saluran cerna, sakit maag/gastritis (lebih dari satu kali), hernia yang belum dioperasi, haemorrhoid (lebih dari satu kali) atau Polip pada usus besar		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
f. Hepatitis B atau C, penyakit pada pankreas, cirrhosis hepatis		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
g. Untuk Calon Pihak Yang Diasuransikan/Calon Peserta Laki-laki : Batu ginjal atau saluran kemih, infeksi ginjal, gagal ginjal, kelainan pada prostat atau testis.  Untuk Calon Pihak Yang Diasuransikan/Calon Peserta Perempuan : Batu ginjal atau saluran kemih, infeksi ginjal, gagal ginjal, kista ovarium, endometriosis, benjolan pada rahim, prolaps rahim atau gangguan menstruasi.		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
h. Untuk Calon Pihak Yang Diasuransikan/Calon Pihak Yang Diasuransikan Peserta Laki-laki : Kanker, karsinoma in-situ, atau infeksi HIV  Untuk Calon Pihak Yang Diasuransikan/Calon Peserta Perempuan : Kanker, karsinoma in-situ, Benjolan pada payudara, atau infeksi HIV		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
i. Radang sendi, gangguan kulit kronis, cedera atau gangguan pada telinga, mata (tidak termasuk resep untuk koreksi penglihatan), otot, tulang, persendian, tungkal atau tulang belakang.		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
<b>3. Selain dari kondisi yang disebutkan di atas :</b>																																																																						
a. Apakah Kamu Pernah menjalani suatu tes ( misalnya tes darah, biopsi, EKG, Pap Smear, USG, Mammogram, Endoskopi, kolonoskopi dan lainnya) dalam kurun waktu 5 tahun terakhir yang mengindikasikan hasil tidak normal.		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
b. Apakah Kamu secara terus menerus mengonsumsi obat-obatan selama 4 minggu atau lebih, dalam kurun waktu 5 tahun terakhir.		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
c. Apakah ada kondisi yang mengharuskan adanya perawatan lebih lanjut dengan dokter atau rumah sakit.		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
d. Apakah Kamu sedang mengalami masalah kesehatan lainnya, berencana berkonsultasi dengan dokter ( selain untuk pemeriksaan kesehatan rutin) atau sedang dalam penyelidikan suatu kelainan penyakit atau sedang menunggu hasil tes		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															

Nomor Polis

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

	PU PD1 PD2 PD3 PD4 PP
<p><b>4. Khusus untuk Perempuan :</b> Apakah Kamu dalam kondisi hamil saat ini ?</p> <p>Jika ya, apakah Kamu pernah atau saat ini mengalami komplikasi kehamilan seperti : tekanan darah tinggi, preeklampsia, eklampsia, pendarahan pada saat kehamilan, keguguran, persalinan dan kelahiran prematur, diabetes gestasional, kehamilan ektopik, plasenta previa, dsb</p>	<p>Ya <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Tidak <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Ya <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Tidak <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p><b>5. Riwayat kesehatan keluarga untuk Calon Pihak Yang Diasuransikan/Calon Peserta :</b> Untuk Calon Pihak Yang Diasuransikan/Calon Peserta Laki-laki dengan usia &lt; 60 tahun : Apakah ada 2 atau lebih anggota keluarga (orang tua atau saudara kandung) yang didiagnosis dengan penyakit jantung koroner atau serangan jantung, kanker usus besar atau rektum sebelum usia 50 tahun</p> <p>Untuk Calon Pihak Yang Diasuransikan/Calon Peserta Perempuan dengan usia &lt; 60 tahun : Apakah ada 2 atau lebih anggota keluarga (orang tua atau saudara kandung) yang didiagnosis dengan penyakit jantung koroner atau serangan jantung, kanker payudara, kanker ovarium, kanker kolon atau rektum sebelum usia 50 tahun</p> <p>Untuk Calon Pihak Yang Diasuransikan/Calon Peserta Laki-laki dan Perempuan dengan usia &lt; 60 tahun : Apakah ada anggota keluarga (orang tua atau saudara kandung) yang didiagnosis dengan penyakit Alzheimer, penyakit Parkinson, Motor neuron, Distrofi otot, atau penyakit ginjal polikistik sebelum usia 60 tahun</p>	<p>Ya <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Tidak <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Ya <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Tidak <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Ya <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Tidak <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p><b>6. Apakah Kamu berpartisipasi dalam salah satu hobi berikut:</b></p> <p>a. Balap/reli mobil/motor</p> <p>b. Menyelam (<i>scuba diving, cave diving, wreck diving</i>) dengan kedalaman lebih dari 400 meter</p> <p>c. Mendaki gunung di atas ketinggian 4.000 meter</p> <p>d. Terjun payung atau melakukan penerbangan pesawat pribadi (selain sebagai penumpang pada penerbangan komersial)</p>	<p>Ya <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Tidak <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Ya <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Tidak <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Ya <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Tidak <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Ya <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Tidak <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>

**Kolom keterangan/penjelasan untuk pertanyaan no 2 5**

Jelaskan secara lengkap mengenai Siapa, gejala, diagnosa, lama menderita, tanggal konsultasi (rawat), pengobatan/terapi yang diterima, nama dan alamat dokter serta kondisi saat ini.

**Pernyataan Peserta**

Saya dengan ini menyatakan, memahami dan menyetujui bahwa:

- Saya telah mendapatkan kewenangan atau persetujuan dari Pihak Yang Diasuransikan untuk (i) memberikan informasi Pihak Yang Diasuransikan kepada PT FWD Insurance Indonesia ("FWD Insurance"); dan (ii) menerima informasi Pihak Yang Diasuransikan dari FWD Insurance kepada Saya
- Semua Informasi dan kelengkapannya yang tertera dan terkait dengan pengajuan transaksi pada Formulir ini adalah lengkap dan benar. Apabila ditemukan kekeliruan atau terdapat indikasi penipuan dalam informasi pada Formulir ini, maka saya bersedia bertanggung jawab secara hukum dan membebaskan FWD Insurance beserta afiliasinya dari segala tuntutan dari pihak manapun dan FWD Insurance berhak menolak pengajuan transaksi pada Formulir ini.
- Saya Memberikan kuasa dan ijin yang tidak dapat dibatalkan oleh sebab apapun secara khusus dengan hak substitusi untuk tujuan transaksi kepada: (i) FWD Insurance untuk meminta catatan riwayat kesehatan Saya/Pihak Yang Diasuransikan atau informasi lain mengenai diri Saya/Pihak Yang Diasuransikan dari setiap Tenaga Medis, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan/informasi riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Saya/Pihak Yang Diasuransikan; dan (ii) Setiap Tenaga Medis, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan/informasi riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Saya/Pihak Yang Diasuransikan, untuk mengungkapkan atau memberikan kepada FWD Insurance semua catatan riwayat kesehatan atau perawatan atau informasi lain mengenai diri Saya/Pihak Yang Diasuransikan. Salinan/fotokopi dari kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan mengikat sesuai dengan dokumen aslinya.

Tempat dan Tanggal Pengajuan


Tanda Tangan Peserta

Tanda Tangan Pihak Yang Diasuransikan

Kode Tenaga Pemasar

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

Tanda Tangan Tenaga Pemasar

( \_\_\_\_\_ )  
Nama Jelas

( \_\_\_\_\_ )  
Nama Jelas

( \_\_\_\_\_ )  
Nama Jelas