

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN

- Mohon mengisi dengan menggunakan tinta hitam, huruf kapital, jelas dan memberi tanda (v) pada kotak jawaban yang sesuai.
- Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan Pemegang Polis di sebelumnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan.
- Mohon tidak menandatangani formulir pengajuan ini dalam keadaan kosong.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Pemegang Polis :

Nomor Polis :

No. telepon yang bisa dihubungi :

Apakah ada perubahan alamat, Ya Tidak Jika Ya, mohon agar mengisi Formulir Pengajuan Perubahan Polis *Non Financial* email atau no. telepon?

Pemegang Polis dan/atau Tertanggung harus menjawab seluruh pertanyaan dalam Formulir ini (dan dalam pernyataan pribadi yang menyangkut kesehatan yang diajukan oleh Penanggung atau pemeriksa kesehatan) secara lengkap dan jujur. Ketidakeengkapan dan ketidakjujuran dalam pengisian data kesehatan dapat mengakibatkan berubahnya keputusan *underwriting* dan/atau pembatalan pengajuan transaksi Polis. (Apabila Pemegang Polis dan/atau Tertanggung ingin menambahkan informasi yang belum dituliskan di Formulir ini, mohon menuliskannya pada "Amandemen untuk Surat Permohonan Asuransi dan/atau Pengajuan Pelayanan Polis" dan dilampirkan bersama Formulir ini).

Jika terdapat jawaban "Ya" mohon memberi tanda (v) untuk setiap kelainan yang dimiliki dan memberikan penjelasan lengkap mengenai kelainan tersebut:

1. Pemegang Polis : Tinggi badan: _____ cm Berat Badan: _____ kg
 Tertanggung Utama : Tinggi badan: _____ cm Berat Badan: _____ kg
 Tertanggung Tambahan 1 : Tinggi badan: _____ cm Berat Badan: _____ kg
 Tertanggung Tambahan 2 : Tinggi badan: _____ cm Berat Badan: _____ kg
 Apakah pernah terjadi penurunan atau peningkatan berat badan sebanyak > 5 kg dalam 12 bulan terakhir yang bukan disebabkan masa pertumbuhan (pada anak-anak) atau olahraga/pengaturan pola makan (diet) (pada orang dewasa)? Bila "Ya", jelaskan. PP TU TU1 TU2
2. Apakah Anda mempunyai kebiasaan:
 - a. Merokok dalam 12 (dua belas) bulan terakhir?

Pemegang Polis : Bila Ya, _____ batang per hari, selama _____ tahun

Tertanggung Utama : Bila Ya, _____ batang per hari, selama _____ tahun

Tertanggung Tambahan 1 : Bila Ya, _____ batang per hari, selama _____ tahun

Tertanggung Tambahan 2 : Bila Ya, _____ batang per hari, selama _____ tahun
 - b. Minum-minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir? Bila Ya, jelaskan banyak dan jenisnya.

Pemegang Polis : _____ gelas/botol/sloki* per minggu jenisnya : Anggur/bir/spirits*

Tertanggung Utama : _____ gelas/botol/sloki* per minggu jenisnya : Anggur/bir/spirits*

Tertanggung Tambahan 1 : _____ gelas/botol/sloki* per minggu jenisnya : Anggur/bir/spirits*

Tertanggung Tambahan 2 : _____ gelas/botol/sloki* per minggu jenisnya : Anggur/bir/spirits*

*coret yang tidak perlu
 - c. Pernah atau saat ini menggunakan narkoba/obat-obat terlarang atau obat penenang?
3. Apakah dalam 5 (lima) tahun terakhir :
 - a. Menjalani rawat inap (yang tidak disebabkan karena sakit Demam Berdarah atau *Typhus*), pembedahan/tindakan medis, biopsi?
 - b. Menjalani pemeriksaan laboratorium, tes darah (HIV, Hepatitis C, Hepatitis B, dsb), *Rontgen* atau pemeriksaan khusus lain, seperti : EKG, *Treadmill*, Echo, MRI, CT Scan, USG?
 - c. Menjalani pengobatan ahli jiwa, Radiasi, Kemoterapi, tradisional atau pengobatan alternatif?
 - d. Mengalami keracunan atau kecelakaan?
4. Apakah Anda pernah diberitahu/pernah/sedang menderita penyakit atau gejala/gangguan pada:
 - a. Mata, Telinga, Hidung, Tenggorokan atau Mulut (selain sakit flu, batuk dan/atau pilek) ?
 - b. Sistem saraf: Kejang, Epilepsi/Ayan, Pingsan, sering pusing/Vertigo, Stroke, lumpuh atau gangguan mental/kejiwaan?
 - c. Kelenjar dan darah: kolesterol meningkat, Kencing Manis, Kelenjar Gondok, kurang darah (Anemia), gangguan hormonal, pembesaran kelenjar getah bening, asam urat meningkat, menerima transfusi darah, atau pernah ditolak sebagai donor darah?
 - d. Jantung dan pembuluh darah: tekanan darah tinggi, berdebar-debar, nyeri dada, penyempitan/penyumbatan pembuluh darah, gangguan katup jantung, sakit jantung bawaan, *varices* atau gangguan peredaran darah?
 - e. Paru-paru: Asma, *Bronchitis*, batuk lama, batuk darah, TBC atau flek paru?
 - f. Sistem pencernaan dan hati: Hepatitis B, Hepatitis C, sakit maag, sakit kuning, batu empedu, muntah darah, buang air besar berdarah, wasir, hernia, sering diare, atau *cirrhosis*?
 - g. Sistem kemih dan kelamin: sakit pinggang, batu saluran kemih/ginjal, kencing darah/nanah, sakit prostat, sakit ginjal atau sakit kelamin?
 - h. Sistem kerangka, otot dan kulit: kelemahan anggota gerak/lumpuh, cacat fisik, polio, nyeri sendi, demam rematik, radang sendi, gangguan tulang belakang, patah tulang, amputasi, kelainan kulit, tahi lalat yang membesar dengan cepat atau kusta?
 - i. Kekebalan dan infeksi : demam yang berlangsung lama, HIV/AIDS, Malaria, Disentri Amuba, Alergi atau Lupus?
 - j. Tumor, Kanker atau benjolan?
 - k. Transplantasi organ vital tubuh, seperti: Sumsu Tulang, Ginjal, Paru, Hati, Jantung?
 - l. Lain-lain yang tidak disebutkan diatas termasuk kelainan bawaan?

5. Khusus untuk Perempuan:

a. Pernah/sedang/pernah diberitahu mengalami gangguan/komplikasi kehamilan/melahirkan, kelainan payudara, rahim atau indung telur, haid yang lama atau tidak teratur, menjalani pemeriksaan *Pap Smear* atau USG atau *Mamogram* atau pemeriksaan lain yang hasilnya tidak normal atau dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan ulang dalam waktu 12 (dua belas) bulan mendatang? Bila "Ya" mohon berikan penjelasan.

--	--	--	--	--

b. Saat ini sedang hamil? Jika "Ya", berapa usia kandungan Anda ?

--	--	--	--	--

Pemegang Polis : _____ minggu

Tertanggung Utama : _____ minggu

Tertanggung Tambahan 1 : _____ minggu

Tertanggung Tambahan 2 : _____ minggu

6. Apakah terdapat 2 (dua) atau lebih dari orang tua atau saudara kandung Anda yang meninggal akibat atau pernah menderita tekanan darah tinggi, sakit jantung, *Stroke*, sakit ginjal, Kencing Manis, *Tuberculosis*, Gangguan Mental/Kejiwaan, Tumor/Kanker atau penyakit keturunan lainnya? Bila "Ya", mohon jelaskan.

--	--	--	--	--

7. Apakah Anda mempunyai Polis dan atau sedang mengajukan permohonan asuransi jiwa, kesehatan pada PT FWD Life Indonesia? Bila "Ya", mohon jelaskan no. SPAJ/SPA/Polis nya.

--	--	--	--	--

8. Apakah pengajuan asuransi jiwa/kesehatan Anda pernah ditolak, ditangguhkan, dibatalkan atau dikenakan persyaratan khusus/ pengecualian atau diterima dengan ekstra premi oleh penanggung/ perusahaan asuransi lain? Bila "Ya", harap sebutkan nama perusahaan asuransi dan alasannya.

--	--	--	--	--

9. Apakah Anda melakukan aktivitas atau hobi yang berbahaya secara rutin?

a. Balap /reli mobil/motor

b. Menyelam

c. Mendaki gunung

d. Arung jeram, terjun payung, atau aktivitas lain yang belum disebutkan di atas. Jelaskan jenis kegiatan yang dilakukan, frekuensi, lisensi yang dimiliki, perkumpulan yang diikuti, rencana melakukan kegiatan tersebut di kemudian hari.

Kolom keterangan/penjelasan untuk pertanyaan nomor 1-9

Untuk pertanyaan nomor 3, 4 dan 5a, jika pertanyaan memerlukan penjelasan lengkap, harap jelaskan : gejala, diagnosa, lama menderita, tanggal konsultasi (rawat), pengobatan/terapi yang diterima, nama dan alamat dokter serta kondisi saat ini.

Pemegang Polis:

Tertanggung Utama:

Tertanggung Tambahan 1:

Tertanggung Tambahan 2:

PERNYATAAN (Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani Formulir Pernyataan Kesehatan)

Pemegang Polis (selanjutnya disebut "Saya") menyatakan dan menyetujui bahwa:

- Saya sendiri yang menandatangani Formulir ini setelah Formulir pengajuan ini terisi lengkap dan benar.
- Dengan ini Saya dan/atau Tertanggung memberi kuasa kepada setiap Tenaga Medis/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas dan atau Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai informasi/catatan riwayat kesehatan, penyakit, perawatan atau informasi lain mengenai diri Saya dan/atau Tertanggung untuk mengungkapkan kepada PT FWD Life Indonesia ("FWD Life") semua informasi tersebut. Kuasa ini tetap berlaku, tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan oleh sebab apapun pada waktu Saya dan/atau Tertanggung lain masih hidup maupun setelah Saya dan/atau Tertanggung meninggal. Salinan/fotokopi dari klausula ini sama sah dan berlaku sesuai dengan dokumen aslinya.

Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya Formulir ini dalam keadaan kosong/belum terisi lengkap merupakan tanggung jawab Pemegang Polis.

Tanggal Pengajuan: - - (tgl - bln - thn)

Tanda Tangan Pemegang Polis

Tanda Tangan Tertanggung Utama

Tanda Tangan Agen/Saksi

(_____)
Nama Jelas

(_____)
Nama Jelas

(_____)
Nama Jelas

Kode Agen: