

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN



Diisi oleh Kantor Pusat			
TD		NJ	
JD		DO	

Saya sebagai Pemegang Polis yang bertanda-tangan di bawah ini:

Nama PP : _____ Nama TU : _____
 Nomor Polis : _____ Nama SP : _____
 Mata Uang Polis : _____ Nama C1 : _____
 Nomor Telepon : _____ Nama C2 : _____
 Nomor Handphone : _____ Nama C3 : _____

Menyatakan bahwa:

DATA	PP	TU	SP	C1	C2	C3
1. Tinggi badan	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm
2. Berat badan	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg
3. Apakah Anda merokok	<input type="checkbox"/> Ya __ batang/hari <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya __ batang/hari <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya __ batang/hari <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya __ batang/hari <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya __ batang/hari <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya __ batang/hari <input type="checkbox"/> Tidak
4. Hobi berisiko tinggi <small>*Lampirkan kuesioner terkait</small>	<input type="checkbox"/> Ya * <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya * <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya * <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya * <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya * <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya * <input type="checkbox"/> Tidak

KETERANGAN KESEHATAN	PP	TU	SP	C1	C2	C3
	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak
1. Apakah Anda saat ini dalam keadaan tidak sehat?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Dalam LIMA TAHUN terakhir, apakah :						
a. Menderita sakit, menjalani rawat inap, operasi, biopsi, endoskopi, radiasi?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. Dianjurkan / menjalani pemeriksaan laboratorium, Rontgen (X Ray) atau yang khusus contoh MRI, ECG, USG, CT Scan, tes darah misalnya kolesterol, gula darah, AIDS, hepatitis termasuk hepatitis B, C, anemia dll.?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. Menjalani pemeriksaan ke dokter umum / spesialis?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d. Mengalami keracunan, kecelakaan atau coba bunuh diri?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Apakah Anda memiliki sesuatu cacat fisik atau mental?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Apakah Anda pernah/sedang menggunakan obat-obatan, obat bius, narkotik, minuman keras atau obat terlarang?*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Apakah Anda pernah mengalami kecelakaan dan menderita cedera/luka berat?*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Apakah Anda pernah/sedang menderita atau mendapatkan pengobatan untuk gangguan/ penyakit di bawah ini*						
a. Kelainan syaraf, kerangka dan otot : Kelumpuhan, ayam/kejang, pingsan, sering pusing (Vertigo), kesemutan, nyeri sendi, rematik/encok, demam rematik,kelemahan alat gerak,stress,depresi, gangguan jiwa.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. Kelainan atau gangguan fungsi pada mata, telinga, hidung, tenggorokan.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. Kelainan saluran pernafasan : Asthma, bronchitis, TBC, paru, batuk kronis, batuk darah.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d. Kelainan jantung dan pembuluh darah : Sesak napas, berdebar-debar, sakit dada, serangan jantung, sering sakit kepala, tekanan darah tinggi, stroke, varices.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e. Kelainan saluran pencernaan dan hati : Sakit ulu hati (maag), sakit kuning, muntah darah, ambeien (wasir), hernia, sering sakit perut (diare), muntah-muntah, hepatitis (tipe.....), batu atau infeksi saluran empedu.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f. Kelainan ginjal dan saluran kemih : Sakit pinggang, kencing batu/batu ginjal, infeksi ginjal, kencing darah, kencing nanah, sakit prostat.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g. Tumor, kanker atau suatu benjolan yang tidak hilang*.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
h. Kelainan metabolisme : Kencing manis, kelenjar gondok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
i. Penyakit tropis/infeksi : Malaria, demam berdarah, tipus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
j. • Sering demam yang berlangsung lama, sering berkeringat dingin, kehilangan berat badan yang drastis, adanya pembesaran kelenjar di leher, ketiak dan lipat paha. • Menerima transfusi darah • Ditolak sebagai donor darah • Pernah test darah untuk AIDS • Sedang dalam perawatan Dokter sehubungan dengan AIDS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

 Tanda Tangan Pemegang Polis

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN

KETERANGAN KESEHATAN	PP		TU		SP		C1		C2		C3							
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak						
k. Kelainan darah seperti anemia, leukemia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
l. Kelainan kulit dan tulang : Gangguan tulang belakang, patah tulang, polio, amputasi, kelainan kulit, kusta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
m. Penyakit lainnya yang tidak disebutkan diatas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
7. Khusus WANITA, apakah : a. Anda sedang hamil? (Bila Ya, lengkapi kolom dibawah ini dan lampirkan surat keterangan mengenai riwayat kehamilan yang diisi oleh dokter spesialis kandungan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<table border="1"> <tr> <td>PP/TU/SP</td> <td>Usia Kehamilan</td> <td>Haid Terakhir (tgl/bln/thn)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>bulan/minggu</td> <td>/ /</td> </tr> </table>													PP/TU/SP	Usia Kehamilan	Haid Terakhir (tgl/bln/thn)		bulan/minggu	/ /
PP/TU/SP	Usia Kehamilan	Haid Terakhir (tgl/bln/thn)																
	bulan/minggu	/ /																
b. Ada gangguan haid, pernah keguguran, kelainan pada saat bersalin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
c. Pernah diberitahukan atau sedang menderita kelainan janin di dalam kandungan/rahim/indung telur atau organ reproduksi, komplikasi kehamilan, payudara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
d. Pernah atau disarankan untuk periksa papsmear, mammografi atau pemeriksaan kandungan lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
8. Khusus Tertanggung ANAK < 6 Tahun : a. Apakah Tertanggung dilahirkan prematur dengan berat badan lahir dalam keadaan tidak normal?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
b. Apakah Tertanggung dilahirkan secara tidak normal, menggunakan alat bantu?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
c. Apakah Tertanggung waktu dilahirkan menderita penyakit kuning?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
d. Apakah Tertanggung bila menangis sering menjadi biru dan bila terlalu lelah akan menderita sesak napas?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
e. Apakah Tertanggung pernah mendapat imunisasi?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
* Lampirkan kuesioner terkait																		

Jika pertanyaan no. 1 sampai dengan no. 8c-e dijawab Ya atau no. 8a-b dijawab YA, jelaskan dengan lengkap : Diagnosanya, lama dialami, tanggal konsultasi, nama dan alamat dokter / rumah sakit / rawat inap / tempat konsultasi, serta kondisi saat ini.

PP/TU/SP/C1/C2/C3	Pertanyaan No.	Jelaskan dengan lengkap

PERNYATAAN

Demikian Formulir Pernyataan Kesehatan ini telah kami jawab dengan lengkap dan benar.

Kami mengetahui dan menyetujui bahwa jawaban-jawaban yang kami berikan merupakan dasar Perubahan Polis dan Formulir Pernyataan Kesehatan ini berikut lampiran-lampirannya merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.

Kami memberikan kuasa kepada setiap lembaga, badan hukum, perusahaan, profesi maupun perorangan yang mengetahui atau mempunyai catatan riwayat kesehatan kami untuk mengungkapkannya kepada PT Panin Dai-ichi Life atau pihak lainnya yang diberikan kuasa olehnya, baik semasa hidup Tertanggung/ Pihak Yang Diasuransikan maupun sesudah Tertanggung/ Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia. Surat Kuasa ini tidak berakhir dengan sebab apapun termasuk meninggalnya kami, maupun sebab-sebab yang disebutkan dalam pasal 1813, 1814 dan 1816 KUH Per.

Fotocopy surat kuasa ini sama sah dan berlaku sebagaimana mestinya.

Apabila kemudian ternyata jawaban-jawaban kami tidak benar dan/atau kurang lengkap maka PT Panin Dai-ichi Life berhak membatalkan pertanggungan ataupun menolak klaim atas pertanggungan yang diterbitkan berdasarkan Formulir Pernyataan Kesehatan ini tanpa kewajiban membayar kompensasi apapun sebagaimana diatur dalam pasal 251 KUHD.

Ditandatangani di:

Tanggal _____ / _____ / _____

Pemegang Polis

Tanda Tangan & Nama Jelas

Tertanggung / Pihak yang Diasuransikan Utama

Tanda Tangan & Nama Jelas

Tertanggung / Pihak yang Diasuransikan Tambahan Suami / Istri

Tanda Tangan & Nama Jelas

Tertanggung / Pihak yang Diasuransikan Tambahan Anak 1

Tanda Tangan & Nama Jelas

Tertanggung / Pihak yang Diasuransikan Tambahan Anak 2

Tanda Tangan & Nama Jelas

Tertanggung / Pihak yang Diasuransikan Tambahan Anak 3

Tanda Tangan & Nama Jelas

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong