

Saya/Kami ("Tertanggung / Calon Tertanggung") yang bertandatangan di bawah ini adalah Pemegang Polis PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia ("Penanggung") dengan data sebagai berikut:

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

Alamat : RT/RW : /

Kelurahan : Kecamatan : Telp.Rumah : -

Kota Kode Pos : Handphone : -

Email : Telp.Kantor : -

A. DIISI DAN DILENGKAPI PADA KOTAK YANG TERSEDIA

DATA PESERTA	NAMA PESERTA
TERTANGGUNG UTAMA (TU)	
TERTANGGUNG TAMBAHAN 1 (TT1)	
TERTANGGUNG TAMBAHAN 2 (TT2)	
TERTANGGUNG TAMBAHAN 3 (TT3)	
TERTANGGUNG TAMBAHAN 4 (TT4)	

B. DATA KESEHATAN DAN HOBI CALON TERTANGGUNG

Isilah kolom dengan memberikan tanda (V) pada kolom jawaban, "Y" jika Ya atau "T" jika Tidak

1. Informasi Tinggi & Berat Badan:

Tinggi Badan (Cm)

Berat Badan (Kg)

TU	TT - 1	TT - 2	TT - 3	TT - 4
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Pernahkah Anda mengalami gejala, diperiksa, didiagnosis, mendapatkan pengobatan, disarankan atau menjalani rawat inap, menjalani operasi, dianjurkan untuk mendapat nasihat medis, telah mendapat nasihat medis, atau dirujuk ke dokter karena:

a. Diabetes, kelainan tiroid atau penyakit atau kelainan endokrin lainnya

Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

b. Asma, TBC, emfisema, penyakit paru obstruktif kronis atau penyakit atau gangguan paru-paru atau sistem pernapasan lainnya

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

c. Kolesterol tinggi, tekanan darah tinggi, serangan jantung, nyeri dada, atau penyakit atau gangguan jantung atau pembuluh darah lainnya

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

d. Epilepsi, stroke, kelumpuhan, depresi, penyakit kejiwaan atau penyakit atau gangguan otak atau sistem saraf lainnya

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

e. Ulkus lambung atau duodenum, penyakit Crohn, kolitis ulserativa, Hernia, Hemoroid, atau penyakit atau kelainan saluran pencernaan lainnya

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

f. Hepatitis B atau C, pankreatitis, sirosis atau penyakit atau gangguan hati, sistem empedu kandung empedu lainnya atau pankreas

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

g. Batu ginjal, infeksi ginjal, atau penyakit atau kelainan ginjal lainnya, sistem kemih, prostat, payudara, rahim, ovarium, leher rahim

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

h. Arthritis, asam urat, gangguan kulit kronis atau penyakit lain atau gangguan jaringan ikat, tulang belakang, otot, tendon, tungkai, tulang atau sendi

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

i. Penyakit darah, anemia, hemofilia, leukemia, lupus atau penyakit atau kelainan darah atau sistem kekebalan lainnya

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

j. Ketulian, kebutaan atau penyakit atau kelainan mata lainnya (tidak termasuk lensa resep untuk koreksi penglihatan), telinga, hidung atau tenggorokan

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

k. Kanker, tumor, benjolan atau pertumbuhan jenis apa pun, hasil tes skrining kanker yang tidak normal atau keracunan bahan kimia

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

l. Kelainan/kondisi lainnya yang belum disebutkan diatas agar melengkapi bagian E

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

3. Apakah dalam 5 tahun terakhir, Anda pernah menerima perawatan inap lebih dari 7 hari, menjalani pembedahan, melakukan pemeriksaan kesehatan (seperti pemeriksaan darah, USG, CT Scan, Biospi, MRI, EEG (rekam gelombang otak), Echocardiography dan lainnya), sedang/pernah berkonsultasi ke dokter atau ahli kesehatan lainnya untuk mendapatkan nasehat atau pengobatan yang berhubungan dengan keluhan atas kesehatan anda (kecuali kondisi ringan seperti flu), jika YA, lengkapi bagian C

Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TU	TT - 1	TT - 2	TT - 3	TT - 4
Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

4. Apakah anda merokok dalam kurun waktu 12 bulan terakhir?
jika YA, berapa jumlah batang per hari?

Jumlah konsumsi harian

5. Apakah anda pernah menjalani konsultasi/pengobatan/perawatan karena penyalahgunaan alkohol atau obat terlarang secara berulang (adiktif)?

6. Apakah Anda saat ini berpartisipasi atau Anda memiliki rencana untuk melakukan salah satu dari hobi berbahaya di bawah ini? jika salah satu dijawab YA, lengkapi kuisioner hobi yang sesuai

- Balap motor/mobil
- Menyelam
- Tinju, panjat tebing, mendaki gunung, terjun payung, paralayang, bungee jumping, dan hobi berbahaya lainnya

7. Apakah salah satu dari orang tua kandung Anda atau saudara laki-laki atau saudara perempuan telah didiagnosis sebelum usia 60, dengan kanker, penyakit jantung, stroke, diabetes, penyakit ginjal polikistik, penyakit Alzheimer, penyakit Parkinson, Penyakit Huntington atau penyakit keturunan lainnya? jika YA, lengkapi bagian C

8. Selain pengajuan asuransi ini, apakah Anda mempunyai ataupun sedang mengajukan polis asuransi jiwa/kecelakaan/kesehatan baik di PT AJ Generali Indonesia maupun di Perusahaan Asuransi lain? Jika "Ya", lengkapi kolom di bawah ini

Nama Tertanggung	Perusahaan Asuransi	Jenis Asuransi	Uang Pertanggungan (Rp)	Keputusan Akhir*	Status Polis**
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Keputusan Akhir : dibatalkan/ditunda/substandar/standar ** Status Polis : in force/surrender/lapse/pending

9. Pertanyaan Khusus untuk calon tertanggung wanita:

Apakah Anda hamil dan memiliki komplikasi pada kehamilan saat ini ataupun kehamilan sebelumnya seperti keguguran, persalinan prematur, preeklampsia, cairan ketuban rendah (oligohidramnion), diabetes gestasional, kehamilan ektopik, kehamilan anggur, placenta previa ataupun gangguan kehamilan lainnya?

Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--	--	--	--

C. PERNYATAAN KESEHATAN

Nama Tertanggung/ Nama Anggota Keluarga	Diagnosa/Kondisi Kesehatan saat ini	Tanggal Kejadian	Tanggal Gejala Terakhir	Tingkat Pemulihan	Pengobatan		Nama Dokter, Klinik atau Rumah Sakit
					Tanggal	Keterangan	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

D. PERNYATAAN DAN KUASA

Saya/Kami yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bahwa :

- Telah mengisi dan menandatangani formulir ini.
- Bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan atau persyaratan lainnya dengan biaya yang menjadi tanggungan Saya/Kami.
- Bersedia ditinjau ulang atau dibatalkan apabila terdapat pengisian yang tidak benar.
- Memberikan kuasa kepada setiap Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan Saya/Kami, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua keterangan tentang catatan riwayat kesehatan Saya/Kami.

Ditandatangani di: Tempat Waktu: ^{sgl} ^{bln} ^{thn}

Pemegang Polis (Nama Jelas dan Tanda tangan)	Tertanggung Utama (Nama Jelas dan Tanda tangan)	Tenaga Pemasar (Nama Jelas dan Tanda tangan)	
Tertanggung Tambahan I (Nama Jelas dan Tanda tangan)	Tertanggung Tambahan II (Nama Jelas dan Tanda tangan)	Tertanggung Tambahan III (Nama Jelas dan Tanda tangan)	Tertanggung Tambahan IV (Nama Jelas dan Tanda tangan)