

B. DATA KESEHATAN & HOBI TERTANGGUNG

- e. Ulkus lambung atau duodenum, penyakit *Crohn*, *kolitis ulcerativa*, *hernia*, *hemoroid*, atau penyakit atau kelainan saluran pencernaan lainnya
- f. Hepatitis B atau C, pankreatitis, sirosis atau penyakit atau gangguan hati, sistem empedu kandung empedu lainnya atau pankreas
- g. Batu ginjal, infeksi ginjal, atau penyakit atau kelainan ginjal lainnya, sistem kemih, prostat, payudara, rahim, ovarium, leher rahim
- h. *Arthritis*, asam urat, gangguan kulit kronis atau penyakit lain atau gangguan jaringan ikat, tulang belakang, otot, tendon, tungkai, tulang atau sendi
- i. Penyakit darah, *anemia*, *hemofilia*, *leukemia*, lupus atau penyakit atau kelainan darah atau sistem kekebalan lainnya
- j. Ketulian, kebutaan atau penyakit atau kelainan mata lainnya (tidak termasuk lensa resep untuk koreksi penglihatan), telinga, hidung atau tenggorokan
- k. Kanker, tumor, benjolan atau pertumbuhan jenis apa pun, hasil tes skrining kanker yang tidak normal atau keracunan bahan kimia
- l. Kelainan/kondisi lainnya yang belum disebutkan diatas. **Jika YA, lengkapi pada tabel dibawah**
3. Dalam 10 (sepuluh) tahun terakhir, pernahkah Anda menerima perawatan inap lebih dari 7 hari, menjalani pembedahan, melakukan pemeriksaan kesehatan (seperti pemeriksaan darah, USG, *CT Scan*, biopsi, *MRI*, *EEG* (rekam gelombang otak), *Echocardiography* dan lainnya), sedang/pernah berkonsultasi ke dokter atau ahli kesehatan lainnya untuk mendapatkan nasihat atau pengobatan yang berhubungan dengan keluhan atas kesehatan Anda (kecuali kondisi ringan seperti flu)? **Jika YA, lengkapi pada tabel dibawah**
4. Apakah Anda merokok dalam kurun waktu 12 bulan terakhir?
Jika YA, berapa jumlah batang per hari?

Jumlah konsumsi harian

PU	PT - I	PT - II	PT - III	PT - IV							
Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
<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"/>											
<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"/>											
<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"/>											
<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"/>											
<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"/>											
<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"/>											
<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"/>											
<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. PERNYATAAN DAN KUASA

Saya/Kami yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bahwa:

1. Telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan dalam Formulir Pernyataan Kesehatan ini dengan lengkap dan sebenar-benarnya, dan Saya/Kami memahami serta menyetujui bahwa keterangan ini merupakan dasar yang tidak terpisahkan dari Formulir Perubahan Polis.
2. Bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan dan/atau memenuhi persyaratan lainnya yang dipersyaratkan dengan biaya yang menjadi tanggung jawab Saya/Kami.
3. Telah memberikan kuasa kepada setiap Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan,instansi/lembaga lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan Saya/Kami, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua keterangan tentang catatan riwayat kesehatan Saya/Kami.Salinan/fotokopi dari kuasa ini sama sah berlakunya seperti Formulir Perubahan Polis aslinya.
4. Telah memahami akan kewajiban Saya/Kami dalam bertindak dengan itikad terbaik (*utmost good faith*) dalam setiap pengajuan perubahan atau pemulihan Asuransi Jiwa. Oleh karena itu, Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami wajib mengungkapkan secara benar dan lengkap seluruh fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan, dan fakta (“**Informasi Konsumen**”) yang dapat mempengaruhi pertimbangan Generali Indonesia sebagai “Penanggung” dalam menerima atau menolak pengajuan tersebut dan/atau menetapkan jumlah Premi.
5. Akan menjamin bahwa seluruh Informasi Konsumen yang disampaikan dalam Formulir Pernyataan Kesehatan ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang dipersyaratkan oleh Penanggung (“**Dokumen Permohonan**”) sebagai bagian dari pengajuan Formulir Perubahan Polis adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, serta tidak ada Informasi Konsumen yang Saya/Kami sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja. Apabila suatu Informasi Konsumen tersebut ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat suatu Informasi Konsumen yang Saya/Kami sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Pernyataan Kesehatan ini, **Saya/Kami SEPAKAT DAN MENYETUJUI** jika Generali Indonesia melakukan hal-hal berikut:
 - A. Menolak setiap Klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh maupun sebagian Manfaat Asuransi;
 - B. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi atau Pertanggungan baik dasar maupun Tambahan dengan pengembalian Premi atau Biaya asuransi dari Asuransi atau Polis dasar maupun tambahan yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya pemeriksaan kesehatan, Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan, serta biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
 - C. Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi maupun pertanggungan tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya/Kami juga menyetujui bahwa Generali Indonesia hanya akan membayarkan Nilai Tunai (jika ada).
 - D. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis Asuransi baik dasar maupun tambahan, termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan Uang Pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - E. Menagih kekurangan Premi maupun Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayarkan lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Generali Indonesia juga berhak untuk melakukan *set-off* atas kekurangan pembayaran tersebut dengan nilai tunai yang ada dalam Polis (jika ada) dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya/Kami wajib membayarkan kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi (jika ada).
6. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya/Kami dengan ini menegaskan bahwa:
 - A. Penandatanganan Formulir Pernyataan Kesehatan ini merupakan persetujuan Saya/Kami atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Generali Indonesia dalam hal terjadi hal-hal yang telah disebutkan pada butir (5) di atas; dan
 - B. Saya/Kami setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mempersyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus didasarkan pada putusan pengadilan.

Tempat Tanggal *tgl* *bln* *thn*

Pemegang Polis	Tertanggung Utama	Tertanggung Tambahan I	Orang Tua Tertanggung dibawah 18 th	Agen/Tenaga Pemasar
(Nama dan Tanda Tangan)	(Nama dan Tanda Tangan)			