

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN

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

Nomor Polis	<input type="text"/>																																				
Nama Pemegang Polis	<input type="text"/>																																				
Alamat Sesuai Identitas <small>(Sesuai dengan alamat yang tertera pada kartu identitas)</small>	<input type="text"/>																																				
	<input type="text"/>																																				
	<input type="text"/>																																				
	<input type="text"/>																																				
Kelurahan	<input type="text"/>																		Kecamatan	<input type="text"/>																	
Kota	<input type="text"/>																		Provinsi	<input type="text"/>																	
Kode Pos	<input type="text"/>																																				
Nomor Handphone	+62 <input type="text"/>																		Telp. Rumah	Kode Area <input type="text"/> - <input type="text"/>																	
Alamat Email	<input type="text"/>																																				
Telp. Kantor	Kode Area <input type="text"/> - <input type="text"/>																																				

A. DIISI DAN DILENGKAPI PADA KOTAK YANG TERSEDIA

Data Tertanggung	Nama Tertanggung
Tertanggung Utama (TU)	
Tertanggung Tambahan I (TT-I)	
Tertanggung Tambahan II (TT-II)	
Tertanggung Tambahan III (TT-III)	
Tertanggung Tambahan IV (TT-IV)	

B. DATA KESEHATAN DAN HOBI TERTANGGUNG

Tertanggung harus menjawab semua pertanyaan dalam Formulir Pernyataan Kesehatan ini yang menyangkut pertanyaan kesehatan yang diajukan oleh Penanggung atau Pemeriksa Kesehatan secara lengkap dan jujur.

Isilah kolom dengan memberikan tanda (√) pada kolom jawaban,

"Y" jika Ya atau "T" jika Tidak

	PU	PT - I	PT - II	PT - III	PT - IV
1. Informasi Tinggi & Berat Badan					
2. Dalam 10 (sepuluh) tahun terakhir, 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					
b. Asma, TBC, <i>emfisema</i> , COVID-19, penyakit paru obstruktif kronis atau penyakit atau gangguan paru-paru atau sistem pernapasan lainnya					
c. Kolesterol tinggi, tekanan darah tinggi, serangan jantung, nyeri dada, atau penyakit atau gangguan jantung atau pembuluh darah lainnya					
d. Epilepsi, <i>stroke</i> , kelumpuhan, depresi, penyakit kejiwaan atau penyakit atau gangguan otak atau sistem saraf lainnya					

B. DATA KESEHATAN & HOBI TERTANGGUNG

	PU	PT - I	PT - II	PT - III	PT - IV
	Y T	Y T	Y T	Y T	Y T
e. Ulkus lambung atau duodenum, penyakit <i>Crohn</i> , <i>kolitis ulserativa</i> , <i>hernia</i> , <i>hemoroid</i> , atau penyakit atau kelainan saluran pencernaan 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"/>
f. Hepatitis B atau C, pankreatitis, sirosis atau penyakit atau gangguan hati, sistem empedu kandung empedu lainnya atau pankreas	<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. Batu ginjal, infeksi ginjal, atau penyakit atau kelainan ginjal lainnya, sistem kemih, prostat, payudara, rahim, ovarium, leher rahim	<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. <i>Arthritis</i> , asam urat, gangguan kulit kronis atau penyakit lain atau gangguan jaringan ikat, tulang belakang, otot, tendon, tungkai, tulang atau sendi	<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 darah, <i>anemia</i> , <i>hemofilia</i> , <i>leukemia</i> , lupus atau penyakit atau kelainan darah atau sistem kekebalan 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"/>
j. Ketulian, kebutaan atau penyakit atau kelainan mata lainnya (tidak termasuk lensa resep untuk koreksi penglihatan), telinga, hidung atau 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"/>
k. Kanker, tumor, benjolan atau pertumbuhan jenis apa pun, hasil tes skrining kanker yang tidak normal atau keracunan bahan kimia	<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/kondisi lainnya yang belum disebutkan diatas. Jika YA, lengkapi pada tabel dibawah	<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. Dalam 10 (sepuluh) tahun terakhir, pernahkah Anda menerima perawatan inap lebih dari 7 hari, menjalani pembedahan, melakukan pemeriksaan kesehatan (seperti pemeriksaan darah, USG, <i>CT Scan</i> , biopsi, MRI, EEG (rekam gelombang otak), <i>Echocardiography</i> 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	<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 merokok dalam kurun waktu 12 bulan terakhir? Jika YA, berapa jumlah batang per hari?	<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"/>
Jumlah konsumsi harian	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. Dalam 10 (sepuluh) tahun terakhir, pernahkah Anda menjalani konsultasi/pengobatan/perawatan karena penyalahgunaan alkohol atau obat terlarang secara berulang (adiktif)?	<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 saat ini berpartisipasi atau Anda memiliki rencana untuk melakukan salah satu dari hobi berbahaya di bawah ini? Jika salah satu dijawab YA, lengkapi kuesioner hobi yang sesuai	<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"/>
a. Balap motor/mobil	<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. Menyelam	<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. Tinju, panjat tebing, mendaki gunung, terjun payung, paralayang, <i>bungee jumping</i> , dan hobi berbahaya 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"/>
7. Apakah salah satu dari orang tua kandung Anda atau saudara laki-laki/perempuan telah didiagnosis sebelum usia 60 tahun, dengan kanker, penyakit jantung, <i>stroke</i> , diabetes, penyakit ginjal polistik, penyakit <i>Alzheimer</i> , penyakit <i>Parkinson</i> , penyakit <i>Huntington</i> atau penyakit keturunan lainnya? Jika YA, lengkapi pada tabel dibawah	<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. Selain pengajuan asuransi ini, apakah Anda mempunyai ataupun sedang mengajukan polis asuransi jiwa/kecelakaan/kesehatan baik di PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia maupun di Perusahaan Asuransi lain? Jika "Ya", lengkapi kolom di bawah ini	<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"/>

Nama Tertanggung	Perusahaan Asuransi	Jenis Asuransi	Uang Pertanggungan (Rp)	Keputusan Akhir*	Status Polis**

*) Keputusan Akhir: Dibatalkan/Ditunda/Substandar/Standar **) Status Polis: Inforce/Surrender/Lapse/Pending

9. Pertanyaan khusus untuk Tertanggung wanita: Dalam 10 tahun terakhir, pernahkah Anda mengalami kehamilan dan memiliki komplikasi kehamilan seperti keguguran, persalinan prematur, preeklampsia, cairan ketuban rendah (<i>oligohidramnion</i>), diabetes gestasional, kehamilan ektopik, kehamilan anggur, <i>placenta previa</i> ataupun gangguan kehamilan 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"/>
---	---	---	---	---	---

Pertanyaan No.	Jika pertanyaan No. 2 – 9 dijawab "Ya" mohon jelaskan dengan lengkap No. (Tertanggung Utama / Tertanggung Tambahan I, II, III, IV)

