

# FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN SYARIAH

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

Nomor Polis	<input type="text"/>																																				
Nama Pemegang Polis	<input type="text"/>																																				
Alamat Sesuai Identitas (Sesuai dengan alamat yang tertera pada kartu identitas)	<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 Peserta	Nama Peserta
Peserta Utama (PU)	
Peserta Tambahan I (PT-I)	
Peserta Tambahan II (PT-II)	
Peserta Tambahan III (PT-III)	
Peserta Tambahan IV (PT-IV)	

## B. DATA KESEHATAN DAN HOBI PESERTA

Peserta harus menjawab semua pertanyaan dalam Formulir Pernyataan Kesehatan Syariah ini yang menyangkut pertanyaan kesehatan yang diajukan oleh Pengelola 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					
	Tinggi Badan (Cm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Berat Badan (Kg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		PU: Peserta Utama	PT: Peserta Tambahan			
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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	b. Asma, TBC, <i>emfisema</i> , COVID-19, 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"/>
	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"/>
	d. Epilepsi, <i>stroke</i> , 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"/>

## B. DATA KESEHATAN & HOBI PESERTA

	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. <b>Jika YA, lengkapi pada tabel dibawah</b>	<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)? <b>Jika YA, lengkapi pada tabel dibawah</b>	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? <b>Jika YA, berapa jumlah batang per hari?</b>	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"/>
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)?	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"/>
6. Apakah Anda saat ini berpartisipasi atau Anda memiliki rencana untuk melakukan salah satu dari hobi berbahaya di bawah ini? <b>Jika salah satu dijawab YA, lengkapi kuesioner hobi yang sesuai</b>	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"/>
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? <b>Jika YA, lengkapi pada tabel dibawah</b>	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"/>
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? <b>Jika "Ya", lengkapi kolom di bawah ini</b>	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"/>

Nama Peserta	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 Peserta 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?	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"/>
---	--	--	--	--	--

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

## C. PERNYATAAN DAN KUASA

### Saya/Kami yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bahwa:

1. Telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan dalam Formulir Pernyataan Kesehatan Syariah ini dengan lengkap dan sebenar-benarnya, dan Saya/Kami memahami serta menyetujui bahwa keterangan ini merupakan dasar yang tidak terpisahkan dari Formulir Perubahan Polis Syariah.
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 Kontribusi.
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 Syariah 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 baik dasar maupun Tambahan dengan pengembalian Kontribusi 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 dasar tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Kontribusi 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 Manfaat Asuransi, dan/atau menyesuaikan jumlah Kontribusi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
  - E. Menagih kekurangan Kontribusi maupun Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Kontribusi 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 Kontribusi 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 Syariah 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	Peserta Utama	Peserta Tambahan I	Orang Tua Peserta dibawah 18 th	Agen/Tenaga Pemasar
(Nama dan Tanda Tangan)	(Nama dan Tanda Tangan)	(Nama dan Tanda Tangan)	(Nama dan Tanda Tangan)	(Nama dan Tanda Tangan)