

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN

Saya, Pemegang Polis yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Pemegang Polis : _____
 Nomor Polis : _____

☐ **PENGKINIAN DATA (hanya jika terdapat perubahan data Pemegang Polis)**

☐ Nomor Telepon Selular : _____
☐ E-mail : _____
☐ Rekening Manfaat
 Nama Pemilik Rekening : _____
 Nomor Rekening : _____
 Nama Bank : _____
 Mata Uang : ☐ Rupiah ☐ Dollar (USD)
 Negara : _____

Data Pernyataan Kesehatan sebagai berikut:

Nama Tertanggung Utama : _____
 Nama Tertanggung Tambahan 1 : _____
 Nama Tertanggung Tambahan 2 : _____
 Nama Tertanggung Tambahan 3 : _____
 Nama Tertanggung Tambahan 4 : _____

PERNYATAAN KESEHATAN	PP	TU	TT1	TT2	TT3	TT4
1. a. Tinggi Badan	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm
b. Berat Badan	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg
2. Apakah ada penurunan/kenaikan berat badan lebih dari 5 (lima) kg dalam 12 (dua belas) bulan terakhir? Bila Ya, mohon jelaskan.	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 <input type="checkbox"/>
3. a. Apakah Anda pernah merokok selama 12 (dua belas) bulan terakhir 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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. Bila Ya, berapa batang per hari?	____ batang	____ batang	____ batang	____ batang	____ batang	____ batang
4. Dalam 5 (lima) tahun terakhir, apakah Anda pernah :						
a. Menderita sakit yang menyebabkan rawat inap, operasi, biopsi, endoskopi, radiasi? 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"/>
b. Dianjurkan / menjalani pemeriksaan laboratorium, Rontgen (X Ray) atau yang khusus contoh MRI, ECG, USG, CT Scan, papsmear, mammografi atau pemeriksaan kandungan, tes darah misalnya AIDS, hepatitis termasuk hepatitis B, hepatitis C?	<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. 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"/>
5. 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"/>
6. Pernahkah Anda menderita salah satu atau lebih penyakit berikut ini: jantung, stroke, hipertensi, pertumbuhan kanker, diabetes, atau penyakit liver, ginjal, usus, penyakit saraf, kelainan darah, penyakit prostat, kelenjar gondok, malaria, demam berdarah, tifus, kelainan payudara, organ kewanitaan termasuk gangguan haid, kehilangan salah satu atau fungsi dari anggota gerak atas maupun bawah dan penglihatan total, penyalahgunaan obat-obatan, obat bius, narkotik, minuman keras atau obat terlarang, dan/atau penyakit lain yang belum dicantumkan?	<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. Apakah Anda pernah/sedang menderita atau mendapatkan pengobatan 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"/>



FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN

PERNYATAAN KESEHATAN	PP	TU	TT1	TT2	TT3	TT4
8. Apakah ada sanak keluarga (diantaranya ayah, ibu, kakak, adik atau anak) yang menderita: TBC paru, jantung, asthma, kencing manis, tekanan darah tinggi, ayam, kanker, AIDS atau penyakit 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"/>
9. Khusus WANITA , apakah Anda sedang hamil?	<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"/>
10. Khusus Tertanggung ANAK < 6 Tahun : a. Apakah Calon Tertanggung dilahirkan prematur dengan berat badan lahir dalam keadaan tidak normal? b. Apakah Calon Tertanggung dilahirkan menggunakan alat bantu (ekstraksi vakum, forceps, dan alat bantu lainnya) ? <small>*Jika pertanyaan kesehatan dijawab 'Ya' lampirkan kuesioner terkait</small>		<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"/>

Keterangan :

PP : Pemegang Polis

TU : Tertanggung Utama

TT : Tertanggung Tambahan

Jika pertanyaan no.4 sampai dengan 10 dijawab Ya, jelaskan dengan lengkap: Diagnosa, lama dialami, tanggal konsultasi, nama dan alamat dokter/rumah sakit/rawat inap/tempat konsultasi, serta kondisi saat ini. Khusus untuk pertanyaan no. 8 bila dijawab YA, jelaskan dengan lengkap: Hubungan keluarga, hidup usia, meninggal usia dan nama penyakit/sebab meninggal.

PP / TU / TT 1 / TT2 / TT3/ TT4	Pertanyaan Nomor	Jelaskan dengan lengkap

Dengan ini saya menyatakan bahwa keterangan / Pernyataan / Pemberitahuan yang disampaikan pada formulir di atas adalah sebenar benarnya. Apabila di kemudian hari diketahui bahwa keterangan dan/atau pernyataan dan/atau pemberitahuan yang disampaikan dalam Formulir ini ternyata keliru, atau ditemukan adanya dokumen lain yang sah secara hukum dan membatalkan dokumen yang telah diberikan, maka SAYA mengerti bahwa PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk dapat membatalkan persetujuan atas pengajuan perubahan ini.

Ditandatangani di : _____

Tanggal : _____ / _____ / _____

(Tgl/Bln/Thn)

Tanda Tangan Pemegang Polis	Tanda Tangan Tertanggung Utama	Tanda Tangan Tertanggung Tambahan 1
Nama Jelas: _____	Nama Jelas: _____	Nama Jelas: _____
Tanda Tangan Tertanggung Tambahan 2	Tanda Tangan Tertanggung Tambahan 3	Tanda Tangan Tertanggung Tambahan 4
Nama Jelas: _____	Nama Jelas: _____	Nama Jelas: _____

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong

