FORM PERNYATAAN KESEHATAN

Nomor SPAJ/FPAJK :

Nomor Polis :

Hanwha Life

PERHATIAN :
Tertanggung harus menjawab semua pertanyaan dalam Form Pernyataan Kesehatan ini secara lengkap dan jujur dengan memberikan tanda "v" jika "ya" atau tanda "x" jika "tidak". Jawaban Calon Tertanggung/Peserta akan mempengaruhi keputusan Underwriting dan saat mengajukan klaim. Jawablah pertanyaan-pertanyaan dibawah ini.

PRIBADI DAN RAHASIA

IDENTITAS DIRI (Harus sesuai dengan Kartu Identitas)

1. Nama Tertanggung / Peserta :
2. Tempat dan Tanggal Lahir : / / (tgl / bln / thn) Umur : Tahun
3. Jenis Kelamin : Laki-Laki Perempuan
4. Alamat Terakhir :

Kode Pos :

Data Kesehatan & Hobi Tertanggung / Peserta

		Ya	Tidak	Penjelasan / Penjelasan jika "Ya"
				Penjelasan
5.	Tuliskan nama & alamat dokter yang biasa/terakhir Anda kunjungi (wajib diisi).			
6.	A. Tinggi Badan ... cm B. Berat Badan ... kg			
7.	Apakah berat badan Anda mengalami perubahan dalam 12 bulan terakhir			
8.	Apakah Anda sedang atau pernah mengalami gejala-gejala, diperiksa, menderita, di diagnosis, mendapatkan pengobatan, disarankan atau menjalani rawat inap, menjalani operasi, dianjurkan untuk mendapat nasehat medis, telah mendapat nasehat medis, atau dirujuk ke dokter spesialis, untuk kelainan:			
	A. Mata: Katarak, fungsi penglihatan?			
	B. Telinga, Hidung, Tenggorokan dan Mulut?			
	C. Paru-paru: Batuk lama, TBC, bronchitis/radang saluran pernapasan, asma, batuk darah, sesak napas, gangguan sistem pernapasan?			
	D. Jantung dan pembuluh darah: tekanan darah tinggi, nyeri dada, sesak napas, jantung berdebar-debar atau tidak teratur, serangan jantung, penyempitan/ penyumbatan, stroke, sakit jantung, varises, peredaran darah?			
	E. Organ Perut: Sakit kuning, batu empedu, sakit maag/tukak lambung, muntah darah, buang air besar berdarah, wasir, hernia, sering diare, penyakit pada limpa, kelainan usus, sakit hepatitis?			
	F. Sistem kemih dan kelamin: Batu, kencing nanah/darah, sakit prostat, sakit ginjal, sakit kandung kemih, sakit kelamin?			
	G. Sistem saraf: Kejang, epilepsi/ayan, lumpuh, pingsan, stroke, vertigo, gangguan mental/jiwa, kelainan saraf/otak lainnya?			
	H. Sistem otot, tulang kulit: Amputasi, rematik, gangguan tulang belakang, patah tulang, polio, nyeri sendi, kelainan kulit, kista, tahi lalat yang membesar cepat, cacat anggota badan, menggunakan alat tubuh palsu, demam rematik, kelainan sendi atau tulang?			
	I. Sistem kelenjar dan darah: Gangguan hormon, gondok/tiroid, asam urat, kencing manis, pembesaran kelenjar getah bening, kolesterol, anemia, leukimia?			
	J. Sistem kekebalan dan infeksi: HIV, AIDS, malaria, lupus, alergi, penyakit menular sexual (sipilis atau gonorhea)?			
	K. Pertumbuhan sel: Tumor, kanker, benjolan, kista?			
	L. Cacat bawaan atau kelainan bawaan baik fisik maupun mental?			
	M. Tangan kidal?			
	N. Lain-lain yang tidak disebutkan diatas?			
9.	Apakah dalam 5 tahun terakhir Anda pernah atau dianjurkan:			
	A. Menjalani konsultasi/rawat inap/rawat jalan/pembedahan/biopsi?			
	B. Menjalani pemeriksaan laboratorium, rontgen, EKG, Treadmill, Echo, USG, CT Scan, MRI, dll?			
	C. Menjalani pengobatan ahli jiwa, radiasi kemoterapi, pengobatan tradisional, pengobatan alternatif?			
	D. Mengalami keracunan/kecelakaan? Bila "Ya", jelaskan akibatnya!			
	E. Menerima transfusi darah atau ditolak untuk didonor darah?			
	F. Menerima atau melakukan pada diri sendiri suntikan tanpa resep dokter?			

Nomor SPAJ/FPAJK :

Nomor Polis :

10. Pertanyaan khusus untuk Calon Tertanggung /Peserta Wanita:
    A. Apakah Anda pernah melakukan Pap Smear? Jika "Ya", kapan pemeriksaannya dan bagaimana hasilnya (jawab pada kolom dibawah ini)
    B. Apakah saat ini Anda sedang hamil? Apabila usia kehamilan belum 7 bulan, mohon isi pertanyaan khusus kodisi kehamilan dan lampirkan fotokopi kartu kontrol kehamilan.
    C. Apakah Anda pernah melahirkan dengan cara operasi/sectio caesario?
    D. Apakah Anda pernah mengalami kesulitan/komplikasi saat hamil ataupun melahirkan? Jika "Ya", mohon Anda menjawab pertanyaan pada kolom dibawah ini:
       1. Kapan dan bagaimana kondisi saat itu?
       2. Nama dan Alamat lengkap Dokter yang merawat?
       3. Sebutkan jenis perawatan yang diberikan!
11. Apakah anda mempunyai kebiasaan-kebiasaan dibawah ini:
    A. Merokok?
    B. Minum-minuman beralkohol? Jika "Ya", mohon sebutkan namanya, jumlah konsumsi perhari, dan berapa lama sudah mengkonsumsinya (jawab pada kolom dibawah ini)?
    C. Menggunakan narkotika/obat terlarang/obat penenang? Jika "Ya", mohon sebutkan nama obatnya, jumlah konsumsi perhari, dan berapa lama sudah mengkonsumsinya (jawab pada kolom dibawah ini)?
12. Apakah Anda sewaktu-waktu melakukan atau memiliki hobi yang berisiko tinggi (seperti balap mobil/motor, panjat tebing, mendaki gunung, terjun payung, olahraga air, paralayang, menyelam, berkuda, tinju, ski es, bungee jumping, dan sebagainya)? Jika "Ya", wajib mengisi form pertanyaan untuk hobi tersebut.
13. Apakah Anda mempunyai Polis atau sedang mengajukan polis asuransi di PT Hanwha Life Insurance Indonesia? Jika "Ya", sebutkan Nomor Polis, Jenis Asuransi, Uang Pertanggungan/Manfaat, sedang berlaku, sedang diajukan, diterima standar/ dikenakan ekstra premi/ditolak/ditangguhkan?
14. Apakah Anda mempunyai Polis atau sedang mengajukan polis asuransi di perusahaan Asuransi lain? Jika "Ya", sebutkan Nomor Polis , Jenis Asuransi, Uang Pertanggungan/Manfaat, Sedang Berlaku, Sedang Diajukan, Diterima standar/ Dikenakan ekstra premi/Ditolak/Ditangguhkan?
15. Keterangan Keluarga

Hubungan Keluarga	Masih Hidup			Sudah Meninggal	
	Usia	Keadaan Kesehatan Sekarang		Usia	Penyebab meninggal dunia
		Sehat	Sakit (sebutkan nama penyakit)		
Ayah					
Ibu					
Suami/Istri					
Saudara Kandung: orang					
Anak: orang					

PERNYATAAN *(Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani Form Pernyataan Kesehatan ini)*

1. Saya telah memberikan Pernyataan secara lengkap dan sebenar-benarnya terhadap seluruh pertanyaan yang diajukan oleh PT Hanwha Life Insurance Indonesia . Saya menyatakan bahwa jawaban atas pertanyaan dalam formulir ini merupakan bagian dari Surat Pengajuan Asuransi Jiwa dan atau Kesehatan, apabila ternyata terdapat pernyataan saya yang tidak sesuai dengan fakta sesungguhnya, PT Hanwha Life Insurance Indonesia berhak untuk membatalkan kontrak asuransi atau menolak membayarkan klaim manfaat asuransi serta ganti rugi apapun di kemudian hari, sesuai dengan pilihan Perusahaan
2. Saya memberi kuasa kepada setiap Rumah Sakit / Klinik / Puskesmas / Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi / lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan saya, untuk mengungkapkan kepada PT Hanwha Life Insurance Indonesia (jika diperlukan) atas semua informasi dan keterangan tentang catatan riwayat kesehatan saya tersebut.
   Pemberian Kuasa ini merupakan hal yang tidak terpisahkan dari Surat Pengajuan Asuransi Jiwa dan atau Kesehatan dan mengikat saya, ahli waris dan keluarga saya.
   Kuasa ini tidak dapat dicabut kembali dan tidak akan berakhir karena situasi yang dinyatakan dalam pasal 1813, 1814, 1816 KUH Perdata dan untuk itu tetap berlaku pada waktu saya masih hidup maupun sesudah saya meninggal. Salinan/ fotocopy dari surat kuasa ini sama sah dan berlaku sebagaimana dokumen aslinya

Ditandatangani di :

Tanggal / / (tanggal / bulan / tahun)

Tanda tangan Calon Tertanggung / Peserta

Tanda Tangan dan Nama Jelas

Tanda tangan Calon Pemegang Polis

Tanda Tangan dan Nama Jelas

Catatan : Bila Calon Tertanggung / Peserta kurang dari 17 tahun, daftar pertanyaan ini diisi oleh Pemegang Polis/ Orang tua yang sah