FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN

PaninDai-ichiLife Syariah

Diisi oleh Kantor Pusat			
TD JD		NJ DO	

Saya/Kami yang bertanda-tangan di bawah ini:

Nama Pemegang Polis: _____

Nomor Polis : _____

Mata Uang Polis : _____

Nomor Telepon : _____

Nomor Handphone : _____

Nama Pihak yang Diasuransikan Utama (PYDU): _____

Nama Pihak yang Diasuransikan Pasangan (SP) : _____

Nama Pihak yang Diasuransikan Anak 1 (C1) : _____

Nama Pihak yang Diasuransikan Anak 2 (C2) : _____

Nama Pihak yang Diasuransikan Anak 3 (C3) : _____

Menyatakan bahwa:

DATA	PP	PYDU	SP	C1	C2	C3
1. Tinggi badan	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm
2. Berat badan	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg
3. Apakah Anda merokok	☐ Ya __ batang/hari ☐ Tidak	☐ Ya __ batang/hari ☐ Tidak	☐ Ya __ batang/hari ☐ Tidak	☐ Ya __ batang/hari ☐ Tidak	☐ Ya __ batang/hari ☐ Tidak	☐ Ya __ batang/hari ☐ Tidak
4. Hobi berisiko tinggi *Lampirkan kuesioner terkait	☐ Ya * ☐ Tidak	☐ Ya * ☐ Tidak	☐ Ya * ☐ Tidak	☐ Ya * ☐ Tidak	☐ Ya * ☐ Tidak	☐ Ya * ☐ Tidak

KETERANGAN KESEHATAN	PP		PYDU		SP		C1		C2		C3	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Apakah Anda saat ini dalam keadaan tidak sehat?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Apakah Anda memiliki sesuatu cacat fisik atau mental?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Apakah Anda pernah/sedang menggunakan obat-obatan, obat bius, narkotik, minuman keras atau obat terlarang?*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Apakah Anda pernah mengalami kecelakaan dan menderita cedera/luka berat?*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Apakah Anda pernah/sedang menderita atau mendapatkan pengobatan untuk gangguan/ penyakit di bawah ini*												
a. Kelainan syaraf, kerangka dan otot : Kelumpuhan, ayan/kejang, pingsan, sering pusing (Vertigo), kesemutan, nyeri sendi, rematik/encok, demam rematik,kelemahan alat gerak,stress,depresi, gangguan jiwa.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Kelainan atau gangguan fungsi pada mata, telinga, hidung, tenggorokan.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Kelainan saluran pernafasan : Asthma, bronchitis, TBC, paru, batuk kronis, batuk darah.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Kelainan jantung dan pembuluh darah : Sesak napas, berdebar-debar, sakit dada, serangan jantung, sering sakit kepala, tekanan darah tinggi, stroke, varices.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e. Kelainan saluran pencernaan dan hati : Sakit ulu hati (maag), sakit kuning, muntah darah, ambeien (wasir), hernia, sering sakit perut (diare), muntah-muntah, hepatitis (tipe.....), batu atau infeksi saluran empedu.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f. Kelainan ginjal dan saluran kemih : Sakit pinggang, kencing batu/batu ginjal, infeksi ginjal, kencing darah, kencing nanah, sakit prostat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g. Tumor, kanker atau suatu benjolan yang tidak hilang*.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h. Kelainan metabolisme : Kencing manis, kelenjar gondok	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i. Penyakit tropis/infeksi : Malaria, demam berdarah, tipus	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
j. • Sering 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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
k. Kelainan darah seperti anemia, leukemia.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
l. Kelainan kulit dan tulang : Gangguan tulang belakang, patah tulang, polio, amputasi, kelainan kulit, kusta.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
m. Penyakit lainnya yang tidak disebutkan diatas _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

_____

Tanda Tangan Pemegang Polis

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN

PaninDai-ichiLife Syariah

KETERANGAN KESEHATAN	PP	PYDU	SP	C1	C2	C3
	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak
6. Apakah Anda pernah:						
a. Menderita sakit, menjalani rawat inap, operasi, biopsi, endoskopi, radiasi?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
b. Dianjurkan / menjalani pemeriksaan laboratorium, Rontgen (X Ray) atau yang khusus contoh MRI, ECG, USG, CT Scan, tes darah misalnya kolesterol, gula darah, AIDS, hepatitis termasuk hepatitis B, C, anemia dll.?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
c. Menjalani pemeriksaan ke dokter umum / spesialis?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
d. Mengalami keracunan, kecelakaan atau coba bunuh diri?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
7. Khusus WANITA, apakah :						
a. Anda sedang hamil? *(Bila Ya, lengkapi kolom dibawah ini dan lampirkan surat keterangan mengenai riwayat kehamilan yang diisi oleh dokter spesialis kandungan)*	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
b. Ada gangguan haid, pernah keguguran, kelainan pada saat bersalin?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
c. Pernah diberitahukan atau sedang menderita kelainan janin di dalam kandungan/rahim/indung telur atau organ reproduksi, komplikasi kehamilan, payudara?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
d. Pernah atau disarankan untuk periksa papsmear, mammografi atau pemeriksaan kandungan lainnya?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
8. Khusus Pihak yang Diasuransikan **ANAK < 6** Tahun :						
a. Apakah Pihak yang Diasuransikan dilahirkan prematur dengan berat badan lahir dalam keadaan tidak normal?		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
b. Apakah Pihak yang Diasuransikan dilahirkan secara tidak normal, menggunakan alat bantu?		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
c. Apakah Pihak yang Diasuransikan waktu dilahirkan menderita penyakit kuning?		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
d. Apakah Pihak yang Diasuransikan bila menangis sering menjadi biru dan bila terlalu lelah akan menderita sesak napas?		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
e. Apakah Pihak yang Diasuransikan pernah mendapat imunisasi?		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
* Lampirkan kuesioner terkait						

PP/PYDU/SP	Usia Kehamilan	Haid Terakhir (tgl/bln/thn)
	bulan/minggu	/ /

Jika pertanyaan no. **1** sampai dengan no. **8c-e** dijawab Ya atau no. **8a-b** dijawab YA, jelaskan dengan lengkap : Diagnosanya, lama dialami, tanggal konsultasi, nama dan alamat dokter / rumah sakit / rawat inap / tempat konsultasi, serta kondisi saat ini.

PP/PYDU/SP/C1/C2/C3	Pertanyaan No.	Jelaskan dengan lengkap

_____
Tanda Tangan Pemegang Polis

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN

PaninDai-ichiLife Syariah

PERNYATAAN NASABAH

Dengan menandatangani formulir ini, Saya/Kami menyatakan:

1. Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (*utmost good faith*) dalam setiap pengajuan Pemulihan Polis/Perubahan Polis/Seleksi Resiko Ulang Polis. Oleh karena itu, Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami wajib mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan Pengelola dalam menerima atau menolak pengajuan tersebut dan/atau menetapkan jumlah Kontribusi.

2. Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa semua Informasi yang Saya/Kami berikan dalam formulir ini serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Pengelola adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi yang Saya/Kami sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja. Apabila informasi 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 infomasi yang Saya/Kami sembunyikan, Saya/Kami SEPAKAT DAN MENYETUJUI bahwa Pengelola berhak melakukan salah satu atau beberapa hal berikut:
   a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi Syariah yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi Syariah;
   b. Membatalkan Polis;
   c. Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Manfaat Asuransi Syariah Tambahan) tanpa kewajiban untuk mengembalikan Kontribusi;
   d. Melakukan penilaian seleksi risiko ulang (*re-underwriting*) dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan ke dalam Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Manfaat Asuransi Syariah Tambahan) termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan dari Polis, menyesuaikan Santunan Asuransi, dan/atau menyesuaikan jumlah Kontribusi yang harus dibayar; dan/atau
   e. Menagih kekurangan Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi/Iuran Tabarru' dalam hal hasil dari penilaian seleksi risiko ulang (*re-underwriting*), jumlah Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi/Iuran Tabarru' yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Pengelola juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai yang ada dalam Polis Saya/Kami dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan; Atas hal tersebut, Saya/Kami wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi/Iuran Tabarru'.

3. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya/Kami dengan ini menegaskan bahwa:
   a. Penandatanganan formulir ini oleh Saya/Kami merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Pengelola jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir [2]; dan
   b. Saya/Kami setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.

4. Saya/Kami mengetahui dan menyetujui bahwa jawaban-jawaban yang diberikan merupakan dasar Perubahan Polis dan Formulir Pernyataan Kesehatan ini berikut lampiran-lampirannya merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.

5. Saya/Kami memberikan kuasa kepada setiap lembaga, badan hukum, perusahaan, profesi maupun perorangan yang mengetahui atau mempunyai catatan riwayat kesehatan Saya/Kami untuk mengungkapkannya kepada PT Panin Daiichi Life Sharia Insurance atau pihak lainnya yang diberikan kuasa olehnya, baik semasa hidup Pihak Yang Diasuransikan maupun sesudah Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia. Surat Kuasa ini tidak berakhir dengan sebab apapun termasuk meninggalnya Saya/Kami, maupun sebab-sebab yang disebutkan dalam pasal 1813, 1814 dan 1816 KUH Per.

6. Fotocopy surat kuasa ini sama sah dan berlaku sebagaimana mestinya.

Ditandatangani di: _____ Tanggal _____ / _____ / _____

Pemegang Polis	Pihak yang Diasuransikan Utama	Pihak yang Diasuransikan Tambahan Suami / Istri
_____ Tanda Tangan & Nama Jelas	_____ Tanda Tangan & Nama Jelas	_____ Tanda Tangan & Nama Jelas
Pihak yang Diasuransikan Tambahan Anak 1	**Pihak yang Diasuransikan Tambahan Anak 2**	**Pihak yang Diasuransikan Tambahan Anak 3**
_____ Tanda Tangan & Nama Jelas	_____ Tanda Tangan & Nama Jelas	_____ Tanda Tangan & Nama Jelas

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong