



Formulir Pernyataan Kesehatan

- Isi dengan menggunakan tinta hitam, huruf kapital, jelas dan beri tanda (V) pada lingkaran yang disediakan
 - Setiap kesalahan penulisan wajib dikoreksi dengan pencoretan dan pembubuhan tandatangan Pemegang Polis disebelahnya.
 - Mohon tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nomor Polis

Nama Pemegang Polis

No telepon yang bisa dihubungi

Apakah ada perubahan alamat, email, atau no telepon? Tidak Ya, mohon menggunakan aplikasi FWD MAX dengan fitur eServices di menu Profil saya, untuk melakukan perubahan data

Wajib Diisi kondisi sebenarnya, jujur dan lengkap

I. Tujuan Pengisian Formulir

Perubahan Manfaat Asuransi Pengajuan Peninjauan Seleksi Risiko Ulang

II. Data Tertanggung/Pemegang Polis (PP) Sebagai Tertanggung Utama (TU) atau Tertanggung Tambahan (TT1, TT2, TT3, TT4)

Nama Tertanggung Utama

Tempat Lahir Tanggal Lahir - -

Negara tempat lahir

Kewarganegaraan WNI WNA, sebutkan:

Jenis Identitas KTP Akte Lahir Paspor

No. Identitas Masa Berlaku - -

No. KIMS/KITAS (khusus WNA) Masa Berlaku - -

Jenis Kelamin Laki-laki Perempuan

Status Perkawinan Kawin Belum Kawin Janda/Duda

Agama Islam Kristen Katolik Hindu Budha Lainnya

Pekerjaan

Detil pekerjaan

Kelas Pekerjaan (Sesuai ketentuan Underwriting) Kelas I Kelas II Kelas III Kelas IV

Nama Tertanggung Tambahan 1

Tempat Lahir Tanggal Lahir - -

Negara tempat lahir

Kewarganegaraan WNI WNA, sebutkan:

Jenis Identitas KTP Akte Lahir Paspor

No. Identitas Masa Berlaku - -

No. KIMS/KITAS (khusus WNA) Masa Berlaku - -

Jenis Kelamin Laki-laki Perempuan

Status Perkawinan Kawin Belum Kawin Janda/Duda

Agama Islam Kristen Katolik Hindu Budha Lainnya

Pekerjaan

Detil pekerjaan

Kelas Pekerjaan (Sesuai ketentuan Underwriting) Kelas I Kelas II Kelas III Kelas IV

PT FWD Insurance Indonesia

Pacific Century Place, Lantai 20
 SCBD Lot 10, Jl. Jend. Sudirman Kav. 52-53
 Jakarta Selatan 12190, Indonesia
 P 1 500 525 M (+62) 8551500525
 E CustomerCare.id@fwd.com

Bebaskan langkah
 fwd.co.id

Nomor Polis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

III. Pertanyaan Kesehatan

Pertanyaan Kesehatan "Ya", (mohon melengkapi kolom keterangan/penjelasan di halaman berikut)		TU	TT1	TT2	TT3	TT4	PP																																			
1. Berat Badan dan Tinggi Badan	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Berat Badan</th> <th></th> <th>Tinggi Badan</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TU</td> <td><input type="text"/></td><td>kg</td> <td><input type="text"/></td><td>cm</td> </tr> <tr> <td>TT1</td> <td><input type="text"/></td><td>kg</td> <td><input type="text"/></td><td>cm</td> </tr> <tr> <td>TT2</td> <td><input type="text"/></td><td>kg</td> <td><input type="text"/></td><td>cm</td> </tr> <tr> <td>TT3</td> <td><input type="text"/></td><td>kg</td> <td><input type="text"/></td><td>cm</td> </tr> <tr> <td>TT4</td> <td><input type="text"/></td><td>kg</td> <td><input type="text"/></td><td>cm</td> </tr> <tr> <td>PP</td> <td><input type="text"/></td><td>kg</td> <td><input type="text"/></td><td>cm</td> </tr> </tbody> </table>		Berat Badan		Tinggi Badan		TU	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	cm	TT1	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	cm	TT2	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	cm	TT3	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	cm	TT4	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	cm	PP	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	cm						
	Berat Badan		Tinggi Badan																																							
TU	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	cm																																						
TT1	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	cm																																						
TT2	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	cm																																						
TT3	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	cm																																						
TT4	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	cm																																						
PP	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	cm																																						
2. Apakah Kamu pernah diberitahu, sedang menderita atau dalam pengobatan untuk penyakit :																																										
a. Diabetes, kelainan tiroid atau penyakit endokrin lainnya		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
b. Asma, tuberkulosis (TBC), emfisema, bronkhitis kronis atau penyakit paru obstruktif kronik		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
c. Kolesterol tinggi, tekanan darah tinggi, serangan jantung, penyakit jantung koroner atau penyakit jantung lainnya		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
d. Epilepsi, stroke, kelumpuhan, depresi, penyakit kejiwaan		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
e. Radang/ulkus pada saluran cerna, sakit maag/gastritis (lebih dari satu kali), hernia yang belum dioperasi,haemorrhoid (lebih dari satu kali) atau Polip pada usus besar		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
f. Hepatitis B atau C, penyakit pada pankreas, cirrhosis hepatis		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
g. Untuk Calon Tertanggung/Calon Pemegang Polis Laki-laki : Batu ginjal atau saluran kemih, infeksi ginjal, gagal ginjal, kelainan pada prostat atau testis.		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
Untuk Calon Tertanggung/Calon Pemegang Polis Perempuan : Batu ginjal atau saluran kemih, infeksi ginjal, gagal ginjal, kista ovarium, endometriosis, benjolan pada rahim, prolaps rahim atau gangguan menstruasi.		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
h. Untuk Calon Tertanggung/Calon Tertanggung Pemegang Polis Laki-laki : Kanker, karsinoma in-situ, atau infeksi HIV		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
Untuk Calon Tertanggung/Calon Pemegang Polis Perempuan : Kanker, karsinoma in-situ, Benjolan pada payudara, atau infeksi HIV		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
i. Radang sendi, gangguan kulit kronis, cedera atau gangguan pada telinga, mata (tidak termasuk resep untuk koreksi penglihatan), otot, tulang, persendian, tungkal atau tulang belakang.		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
3. Selain dari kondisi yang disebutkan di atas :																																										
a. Apakah Kamu Pernah menjalani suatu tes (misalnya tes darah, biopsi, EKG, Pap Smear, USG, Mammogram, Endoskopi, kolonoskopi dan lainnya) dalam kurun waktu 5 tahun terakhir yang mengindikasikan hasil tidak normal.		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
b. Apakah Kamu secara terus menerus mengonsumsi obat-obatan selama 4 minggu atau lebih, dalam kurun waktu 5 tahun terakhir.		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
c. Apakah ada kondisi yang mengharuskan adanya perawatan lebih lanjut dengan dokter atau rumah sakit.		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
d. Apakah Kamu sedang mengalami masalah kesehatan lainnya, berencana berkonsultasi dengan dokter (selain untuk pemeriksaan kesehatan rutin) atau sedang dalam penyelidikan suatu kelainan penyakit atau sedang menunggu hasil tes		Ya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			
		Tidak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																			

