



Formulir Pernyataan Kesehatan - Syariah

- 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 Peserta disebelahnya.
- Mohon tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nomor Polis

Nama Peserta

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 Pihak Yang Diasuransikan/Peserta (PP) Sebagai Pihak Yang Diasuransikan Utama (PU) atau Pihak Yang Diasuransikan (PD1, PD2, PD3, PD4)

Nama Pihak Yang Diasuransikan 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 Pihak Yang Diasuransikan 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

Nomor Polis

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

**Nama Pihak Yang
Diasuransikan Tambahan 2**

</									

Nomor Polis

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

III. Pertanyaan Kesehatan

Pertanyaan Kesehatan (Untuk jawaban "Ya", mohon melengkapi kolom keterangan/penjelasan di halaman berikut)		PU	PD1	PD2	PD3	PD4	PP																																																															
1. Berat Badan dan Tinggi Badan <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="3">Berat Badan</th> <th>kg</th> <th colspan="3">Tinggi Badan</th> <th>cm</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PU</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PD1</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PD2</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PD3</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PD4</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PP</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Berat Badan			kg	Tinggi Badan			cm	PU									PD1									PD2									PD3									PD4									PP														
	Berat Badan			kg	Tinggi Badan			cm																																																														
PU																																																																						
PD1																																																																						
PD2																																																																						
PD3																																																																						
PD4																																																																						
PP																																																																						
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 Pihak Yang Diasuransikan/Calon Peserta Laki-laki : Batu ginjal atau saluran kemih, infeksi ginjal, gagal ginjal, kelainan pada prostat atau testis. Untuk Calon Pihak Yang Diasuransikan/Calon Peserta 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 Pihak Yang Diasuransikan/Calon Pihak Yang Diasuransikan Peserta Laki-laki : Kanker, karsinoma in-situ, atau infeksi HIV Untuk Calon Pihak Yang Diasuransikan/Calon Peserta 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"/>																																																															

