



### 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



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 colspan="3">Berat Badan</th> <th>kg</th> <th colspan="3">Tinggi Badan</th> <th>cm</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TU</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TT1</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TT2</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TT3</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TT4</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	TU									TT1									TT2									TT3									TT4									PP														
	Berat Badan			kg	Tinggi Badan			cm																																																														
TU																																																																						
TT1																																																																						
TT2																																																																						
TT3																																																																						
TT4																																																																						
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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, 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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															
Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																															

Nomor Polis

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

	TU TT1 TT2 TT3 TT4 PP																																																								
<b>4. Khusus untuk Perempuan :</b> Apakah Kamu dalam kondisi hamil saat ini ?  Jika ya, apakah Kamu pernah atau saat ini mengalami komplikasi kehamilan seperti : tekanan darah tinggi, preeklampsia, eklampsia, pendarahan pada saat kehamilan, keguguran, persalinan dan kelahiran prematur, diabetes gestasional, kehamilan ektopik, plasenta previa, dsb	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; vertical-align: top;">Ya</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Tidak</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Ya</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Tidak</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> </table>	Ya	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	Ya	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>																												
Ya	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>																																																			
Ya	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>																																																			
<b>5. Riwayat kesehatan keluarga untuk Calon Tertanggung/Calon Pemegang Polis :</b> Untuk Calon Tertanggung/Calon Pemegang Polis Laki-laki dengan usia < 60 tahun : Apakah ada 2 atau lebih anggota keluarga (orang tua atau saudara kandung) yang didiagnosis dengan penyakit jantung koroner atau serangan jantung, kanker usus besar atau rektum sebelum usia 50 tahun  Untuk Calon Tertanggung/Calon Pemegang Polis Perempuan dengan usia < 60 tahun : Apakah ada 2 atau lebih anggota keluarga (orang tua atau saudara kandung) yang didiagnosis dengan penyakit jantung koroner atau serangan jantung, kanker payudara, kanker ovarium, kanker kolon atau rektum sebelum usia 50 tahun  Untuk Calon Tertanggung/Calon Pemegang Polis Laki-laki dan Perempuan dengan usia < 60 tahun : Apakah ada anggota keluarga (orang tua atau saudara kandung) yang didiagnosis dengan penyakit Alzheimer, penyakit Parkinson, Motor neuron, Distrofi otot, atau penyakit ginjal polikistik sebelum usia 60 tahun	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; vertical-align: top;">Ya</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Tidak</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Ya</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Tidak</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Ya</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Tidak</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> </table>	Ya	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	Ya	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	Ya	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>														
Ya	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>																																																			
Ya	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>																																																			
Ya	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>																																																			
<b>6. Apakah Kamu berpartisipasi dalam salah satu hobi berikut:</b> a. Balap/reli mobil/motor  b. Menyelam (scuba diving, cave diving, wreck diving) dengan kedalaman lebih dari 400 meter  c. Mendaki gunung di atas ketinggian 4.000 meter  d. Terjun payung atau melakukan penerbangan pesawat pribadi (selain sebagai penumpang pada penerbangan komersial)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; vertical-align: top;">Ya</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Tidak</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Ya</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Tidak</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Ya</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Tidak</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Ya</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Tidak</td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> </table>	Ya	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	Ya	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	Ya	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	Ya	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
Ya	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>																																																			
Ya	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>																																																			
Ya	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>																																																			
Ya	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>																																																			

**Kolom keterangan/penjelasan untuk pertanyaan no 2-5**

Jelaskan secara lengkap mengenai Siapa, gejala, diagnosa, lama menderita, tanggal konsultasi (rawat), pengobatan/terapi yang diterima, nama dan alamat dokter serta kondisi saat ini.

**Pernyataan Pemegang Polis**

Saya dengan ini menyatakan, memahami dan menyetujui bahwa:

1. Saya telah mendapatkan kewenangan atau persetujuan dari Tertanggung untuk (i) memberikan informasi Tertanggung kepada PT FWD Insurance Indonesia ("FWD Insurance"); dan (ii) menerima informasi Tertanggung dari FWD Insurance kepada Saya
2. Semua Informasi dan kelengkapannya yang tertera dan terkait dengan pengajuan transaksi pada Formulir ini adalah lengkap dan benar. Apabila ditemukan kekeliruan atau terdapat indikasi penipuan dalam informasi pada Formulir ini, maka saya bersedia bertanggung jawab secara hukum dan membebaskan FWD Insurance beserta afliasinya dari segala tuntutan dari pihak manapun dan FWD Insurance berhak menolak pengajuan transaksi pada Formulir ini.
3. Saya Memberikan kuasa dan ijin yang tidak dapat dibatalkan oleh sebab apapun secara khusus dengan hak substitusi untuk tujuan transaksi kepada: (i) FWD Insurance untuk meminta catatan riwayat kesehatan Saya/Tertanggung atau informasi lain mengenai diri Saya/Tertanggung dari setiap Tenaga Medis, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan/informasi riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Saya/Tertanggung; dan (ii) Setiap Tenaga Medis, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan/informasi riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Saya/Tertanggung, untuk mengungkapkan atau memberikan kepada FWD Insurance semua catatan riwayat kesehatan atau perawatan atau informasi lain mengenai diri Saya/Tertanggung. Salinan/fotokopi dari kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan mengikat sesuai dengan dokumen aslinya.

Tempat dan Tanggal Pengajuan

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

	-		-	2	0		
--	---	--	---	---	---	--	--

Tanda Tangan Pemegang Polis

( \_\_\_\_\_ )  
Nama Jelas

Tanda Tangan Tertanggung

( \_\_\_\_\_ )  
Nama Jelas

Kode Tenaga Pemasar

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

Tanda Tangan Tenaga Pemasar

( \_\_\_\_\_ )  
Nama Jelas