PT Great Eastern Life Indonesia
Menara Karya Lantai 5, Jl. HR. Rasuna Said Blok X-5 kav. 1-2, Jakarta 12950 – Indonesia
www.greateasternlife.com

Customer Contact Center : (+62) 21 2554 3800 (Senin - Jumat, 09.00-18.00 WIB)
WhatsApp : (+62) 811 956 3800 (Senin - Jumat, 09.00-18.00 WIB)
SMS : 0812-129-3800 Ketik *INFO email: wecare-ID@greateasternlife.com

Great Eastern
A member of the OCBC Group

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN

Nomor Polis : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nama Pemegang Polis : _____

Nama Tertanggung : _____

Nomor Telepon & Alamat E-mail : _____

KETERANGAN KESEHATAN TERTANGGUNG

NO.	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1	Apakah anda pernah, sedang atau disarankan untuk menjalani pembedahan/operasi, perawatan, pemeriksaan kesehatan, pemeriksaan laboratorium/diagnostik, kecuali untuk screening kesehatan rutin atau yang berkaitan dengan permintaan pekerjaan?		
2	Apakah anda pernah atau sedang menderita penyakit /gangguan pada sistem syaraf, otak, ayan (epilepsi), mata, telinga, sistem jantung dan pembuluh darah , kelainan darah (Anemia, Leukemia, Hemophilia), sistem pernapasan dan paru-paru, sistem pencernaan, hepatitis, ginjal dan sistem kandung kemih, prostat, organ reproduksi, AIDS/terinfeksi HIV, limpa, diabetes (sakit gula), kolesterol tinggi, sistem pergerakan (seperti tulang sendi dan rematik), kelumpuhan, mental/jiwa, kanker/tumor atau penyakit yang belum disebutkan di atas?		
3	Apakah Anda saat ini atau pernah atau berencana bekerja atau melakukan kegiatan/olah raga/kegemaran yang berisiko tinggi? Jika "Ya", sebutkan jenisnya		
4	Apakah anda pernah ditolak, ditunda atau diterima dengan syarat dalam pengajuan Asuransi jiwa/kecelaakaan/kesehatan, kepada Perusahaan Asuransi ini atau Asuransi lain?		
5	Tinggi Badan saat ini : ……. cm Berat Badan saat ini : ……. kg Apakah anda merasa ada perubahan (kenaikan/penurunan) berat badan dalam 12 (duabelas) bulan terahir? (Jika 'Ya', jelaskan penyebabnya pada kolom yg disediakan dibawah)		
6	Pekerjaan Tertanggung saat ini Bidang Pekerjaan : …….. Jabatan : ……..		
7	Apakah anda mempunyai atau pernah mempunyai kebiasaan mengkonsumsi minuman beralkohol, merokok, obat penenang, narkotik atau zat adiktif lain? Jika ya, sebutkan jenis dan jumlah yang dikonsumsi setiap hari? Apabila anda menjawab "Ya" pada pertanyaan kebiasaan merokok/minum minuman beralkohol diatas, maka jawab pertanyaan dibawah ini: Rata-rata dalam sehari _____ batang Rata-rata dalam sehari _____ sloki/botol		
8	Khusus Wanita: a) Apakah anda sekarang dalam keadaan hamil ? Apabila "Ya" : Usia kehamilan ……. Bulan ……Hari b) Apakah anda pernah mengalami komplikasi saat melahirkan, menderita penyakit pada payudara atau organ kewanitaan lainnya ?		
9	Apakah ada diantara orang tua, saudara kandung anda pernah menderita kanker, tumor, kencing manis (diabetes) tekanan darah tinggi (hipertensi), penyakit jantung, stroke, penyakit paru (tubercolosis, asma), penyakit hati (hepatitis), batu kandung empedu, batu ginjal, penyakit ginjal, epilepsi, gangguan mental / psikis / kejiwaan ? Jika "Ya" sebutkan jenis penyakitnya dan usia saat menderita penyakit tersebut. Jika sudah meninggal, sebutkan usia saat meninggal dan jenis penyakitnya?		

Berilah penjelasan pada kolom dibawah ini untuk semua pertanyaan yang dijawab "Ya" (Jika pertanyaan no. 1 s/d 3 di jawab "Ya",berikan penjelasan sebagai berikut: sebutkan jenis penyakit/pekerjaan, kapan mulai terjadi dan berapa lama dirawat, sebutkan RS/klinik/dokter yang merawat, jelaskan bagaimana terapi tsb).

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, saya menyatakan;
Bahwa jawaban / isi / keterangan dalam surat ini telah saya berikan sesuai dengan yang sebenarnya dan saya memahami bahwa jawaban / isi / keterangan tersebut menjadi dasar yang tidak terpisahkan dari polis.

JANGAN MENANDATANGANI FORMULIR INI DALAM KEADAAN KOSONG

Ditandatangani di _____, **tanggal** _____

Pemegang Polis **Tertanggung**

_____ _____
Tandatangan & Nama Jelas **Tandatangan & Nama Jelas**