

## FORMULIR PEMULIHAN POLIS

### PEMBERITAHUAN

\* Bila kolom penjelasan tidak cukup, mohon memberikan penjelasan pada kertas lain

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah Pemegang Polis dengan data sebagai berikut :

Nomor Polis	:	<input type="text"/>
Nama Pemegang Polis	:	<input type="text"/>
Tanggal Pengajuan Pemulihan Polis	:	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Tanggal Pembayaran	:	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
No. Telp / Hp	:	<input type="text"/>
NPWP	:	<input type="text"/>
Email	:	<input type="text"/>
Alamat Korespondensi	:	<input type="text"/>

### DATA TERTANGGUNG

	Tertanggung (TTG)	Pemegang Polis (PP)	Pasangan Pemegang Polis (PPP)
Tanggal Lahir			
Jenis Kelamin			
Pekerjaan Saat Ini			
Tinggi dan Berat Badan	TB= cm, BB= kg	TB= cm, BB= kg	TB= cm, BB= kg

### DATA PEMBAYARAN PREMI

Tujuan Pengajuan Pemulihan Asuransi	:	<input type="text"/>
Sumber Dana Pembayaran Premi	:	<input type="text"/>
Jumlah Penghasilan Pembayaran Premi (per bulan)	:	<input type="text"/>

### DATA KESEHATAN DAN HOBI

Isi dan berikan tanda (V) pada kotak sesuai Data Kesehatan dan Hobi dari masing-masing Tertanggung. Apabila terdapat jawaban "Ya", mohon memberikan penjelasan pada kolom yang tersedia. Apabila jawaban melebihi kolom yang tersedia, mohon menuliskan jawaban pada Form Pernyataan Nasabah.

	TTG		PP		PPP	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Apakah ada penurunan atau kenaikan berat badan lebih dari 5 (lima) kg dalam 12 bulan terakhir? Jika "Ya", Jelaskan penyebabnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Apakah Anda pernah mengalami/mendapatkan atau bermaksud menjalani pemeriksaan kesehatan diagnostik seperti sinar X, USG, CT scan, ECG, pemeriksaan darah dan lain-lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Apakah Anda pernah atau sedang mengalami masalah kesehatan atau perawatan gangguan fungsi otak, stroke, saraf, mental, kejiwaan, epilepsi/ayam, cacat badan atau fisik, kecelakaan/patah tulang, penyakit kulit, alergi, penyakit telinga, hidung, tenggorokan, pendengaran, penglihatan, jantung, kelainan darah, pembuluh darah, tekanan darah tinggi, kencing manis, tyroid/gondok, asma, paru-paru atau saluran pernafasan lainnya, hati, empedu, limpa, pankreas, lambung, usus atau saluran pencernaan lainnya, ginjal atau saluran kemih lainnya, hernia, wasir, prostat atau saluran reproduksi lainnya, tumor, kanker, HIV atau AIDS, dan kelainan bawaan/keturunan? Mohon lampirkan resume perawatan jika ada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Khusus Tertanggung (Wanita)						
a. Apakah Anda menderita penyakit atau gangguan kandungan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Apakah anda sedang hamil? Jika "Ya", jelaskan usia kehamilan dan kondisi kehamilan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Apakah pengajuan asuransi jiwa, kecelakaan, kesehatan, dan atau pemulihan polis Anda pada perusahaan asuransi lain pernah ditolak atau ditangguhkan dengan tingkat premi khusus? Jika "Ya", Jelaskan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Apakah Anda terlibat dalam kegiatan balap motor/mobil, mendaki gunung/panjat tebing, menyelam, terbang layang atau penerbangan lain yang bukan penerbangan berjadwal/komersial atau terlibat dalam aktivitas yang berisiko lainnya? Jika "Ya", Jelaskan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Untuk setiap jawaban "Ya" pada pertanyaan di atas, mohon dapat dijelaskan pada kolom di bawah sesuai nomor pertanyaan

Tertanggung	Pemegang Polis	Pasangan Pemegang Polis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Dokumen yang harus dilengkapi :**

- ✓ Fotokopi Kartu Identitas diri yang Berlaku.
- ✓ Bukti setor premi tertunggak beserta denda (bila ada).

**Syarat Dan Ketentuan Tambahan :**

- ✓ Syarat dan Ketentuan Pemulihan Polis sesuai dengan ketentuan masing - masing produk yang berlaku.

Info lebih lanjut hub. 1500 087

**PERNYATAAN NASABAH**

Addendum pemulihan polis yang disetujui dikirim melalui :  Email  Alamat Korespondensi

Dengan ini saya menyatakan bahwa semua pernyataan dan jawaban di atas adalah benar, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas tidak benar, maka Penanggung berhak untuk membatalkan kontrak asuransi jiwa ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan Premi, membayar klaim manfaat asuransi serta ganti rugi apapun. Seluruh informasi yang saya berikan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.

Ditandatangani di   -  -   
Tanggal Bulan Tahun

**Tertanggung**

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

**Pemegang Polis**

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

**Pasangan Pemegang Polis**

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

**Petugas Asuransi**

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