

FORMULIR PENGAJUAN PEMULIHAN POLIS

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nomor Polis : _____ No. Handphone : _____
 Nama Pemegang Polis : _____ No. Telepon Rumah : _____
 Nama Tertanggung : _____ E-mail : _____

Mengajukan Pemulihan Polis tersebut di atas.

KETERANGAN KESEHATAN CALON TERTANGGUNG

		JAWABAN
1.	Tinggi Badan : <input style="width: 50px;" type="text"/> cm Berat Badan : <input style="width: 50px;" type="text"/>	
2.	Apakah dalam 5 tahun terakhir Anda pernah dioperasi / dirawat di rumah sakit atau dalam masa pengobatan/ perawatan yang membutuhkan obat-obatan dalam masa yang lama ? Jika " YA ", jelaskan !	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
3.	Apakah Anda pernah atau sedang menderita penyakit atau pernah diberitahu atau dalam konsultasi /perawatan/pengobatan /pengawasan medis jantung/nyeri dada, tekanan darah tinggi, stroke, tumor/ benjolan/kista/kanker, TBC/Asma/gangguan pernapasan, penyakit hati, kencing manis, ginjal, cacat, kelainan bawaan, gangguan jiwa, penyakit lainnya ? Jika "YA", jelaskan !	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
4.	Apakah Anda sedang atau dianjurkan atau pernah menjalani konsultasi/ rawat inap / operasi / biopsi/ pemeriksaan laboratorium/ EKG/Treamill/ Echocardiography/USG/ CT Scan/MRI/ Papsmear/Mamografi atau pemeriksaan lainnya ? Jika YA, jelaskan dan lampirkan fotokopi hasil pemeriksaan.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
5.	Khusus untuk Perempuan : Apakah saat ini Anda sedang hamil ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya. Jelaskan : Usia Kehamilan _____ minggu. Kehamilan Anak ke _____ (lampirkan fotokopi buku pemeriksaan)	
6.	Apakah permohonan asuransi Jiwa/ Kecelakaan/ Kesehatan Anda ataupun Pemulihan/Perubahan Polis Anda pernah ditunda/ ditolak atau dikenakan ekstra premi ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya. Di Perusahaan Asuransi mana dan penyebabnya _____	

PERNYATAAN DAN KUASA

Dengan ini Saya/Kami menyatakan :

1. Saya/Kami telah membaca dengan seksama seluruh pertanyaan dalam Formulir Pengajuan Pemulihan Polis ini dan mengisinya menurut keadaan yang sebenarnya.
2. Saya/Kami memahami bahwa jawaban seluruh pertanyaan ini merupakan dasar pertanggung jawaban yang tidak terpisahkan dari Polis. Apabila ternyata keterangan yang saya berikan tidak benar, tidak lengkap dan tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya, maka PT Asuransi Jiwa Indosurya Sukses (Penanggung) berhak membatalkan pertanggung jawaban tanpa berkewajiban mengembalikan uang premi yang telah dibayarkan.
3. Saya/Kami mengerti bahwa pembayaran tunggakan premi beserta bunganya merupakan salah satu syarat yang harus dipenuhi sebelum Polis diaktifkan kembali oleh PT Asuransi Jiwa Indosurya Sukses.
4. Saya/Kami mengerti bahwa Polis berlaku kembali setelah Penanggung menyetujui pengajuan Pemulihan Polis dan menerima pembayaran premi beserta bunganya. Saya/Kami mengerti dan menyetujui, bila Pemulihan Polis disetujui, maka Contestable Period dan masa tunggu akan berlaku kembali sejak tanggal Pemulihan Polis.
5. Saya/Kami mengerti dan menyetujui bahwa tidak ada jaminan atas klaim yang terjadi dalam periode Polis tidak aktif.
6. Saya/Kami bersedia untuk menjalani pemeriksaan kesehatan atas biaya saya sendiri, apabila diperlukan dalam proses Pemulihan Polis ini.
7. Memberi kuasa kepada Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Laboratorium, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Perorangan atau Badan lainnya, yang mempunyai catatan dan informasi tentang keadaan kesehatan atau riwayat pemeriksaan atau perawatan saya baik sebelum/setelah Pemulihan Polis ini maupun setelah saya meninggal dunia, untuk memperlihatkan dan memberikan catatan dan informasi tersebut kepada PT. Asuransi Jiwa Indosurya Sukses.

JANGAN MENANDATANGANI FORMULIR INI DALAM KEADAAN KOSONG

Ditandatangani di _____, tanggal _____ Diterima di _____, tanggal _____

Pemegang Polis	Tertanggung
Tanda Tangan dan Nama Lengkap	Tanda Tangan dan Nama Lengkap

Petugas Administrasi PT. Asuransi Jiwa Indosurya Sukses
Tanda Tangan dan Nama Lengkap