



# FORMULIR PERMINTAAN PEMULIHAN POLIS



**Jangan menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong**

## MENGAJUKAN PEMULIHAN POLIS

Nomor Polis : \_\_\_\_\_

Nama Tertanggung : \_\_\_\_\_

Pekerjaan : \_\_\_\_\_

Alamat : Jalan \_\_\_\_\_

: Blok/Gang \_\_\_\_\_ Komplek \_\_\_\_\_

: RT/RW \_\_\_\_\_ Kelurahan \_\_\_\_\_

: Kota \_\_\_\_\_ Kode Pos \_\_\_\_\_

Nomor KTP/SIM/PASPOR : \_\_\_\_\_

Telepon : \_\_\_\_\_

Jatuh tempo pembayaran premi sebelum tertunggak : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Jumlah premi tertunggak :

Jumlah premi dibayar :

Bunga tunggakan :

Biaya :

Total :

### Bersama ini Saya lampirkan Syarat Pemulihan Polis:

- Copy KTP/SIM/PASPOR Pemegang Polis dan atau tertanggung
- Copy Kwitansi pembayaran premi terakhir (sebelum tertunggak)
- Slip setoran pembayaran premi tertunggak

### DATA KESEHATAN CALON TERTANGGUNG

1. Tuliskan nama & alamat Dokter yang biasa atau terakhir Anda kunjungi.

2. Tinggi badan \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ cm Berat badan \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ kg

Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> pada kolom Ya atau Tidak. Bila Ya beri penjelasan	Ya	Tidak	Penjelasan
3. Apakah Anda merokok selama 12 bulan terakhir ?			____/____/ batang perhari
4. Apakah dalam 5 tahun terakhir pernah menjalani perawatan Dokter / Rumah Sakit / Klinik / Puskesmas karena suatu penyakit.			
5. Apakah dalam 5 tahun terakhir Anda pernah mengalami / mendapatkan atau bermaksud menjalani suatu pemeriksaan kesehatan diagnostik seperti sinar X, USG, CT Scan, EKG, pemeriksaan darah, dll ?			
6. Apakah Anda pernah menderita atau mendapatkan perawatan untuk penyakit kanker, tumor, jantung, ginjal, tekanan darah tinggi, kencing manis, penyakit hati termasuk hepatitis, saluran pencernaan, stroke atau gangguan fungsi otak, paru paru atau saluran pernapasan, persendian, infeksi HIV/AIDS, atau penyakit lain yang tidak disebutkan diatas ?			
7. Apakah Anda menyandang cacat fisik atau gangguan kesehatan jiwa / keterbelakangan mental, kelainan bawaan, gangguan pendengaran atau penglihatan ?			

Beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> pada kolom Ya atau Tidak. Bila Ya beri penjelasan	Ya	Tidak	Penjelasan
8. Apakah Anda memiliki kebiasaan atau pernah menggunakan narkotik atau obat-obatan, minuman alkohol secara berlebihan atau pernah dirawat/mendapat nasehat karena hal tersebut ?			
9. Apakah Anda mempunyai hobby atau kebiasaan berbahaya/beresiko tinggi (mendaki gunung, terjun payung, menyelam, arung jeram, balap motor, dll)?			
<b>10. Hanya diisi oleh Calon Tertanggung Wanita</b>			
a. Apakah Anda saat ini sedang hamil			___/___/ bulan
b. Bagaimanakah kondisi kehamilan Anda saat ini			
c. Apakah Anda pernah mengalami komplikasi saat melahirkan atau kelainan payudara atau keluhan pada organ kewanitaan termasuk haid tidak teratur, atau hasil Pap's mear tidak normal ?			
11. Apakah pengajuan asuransi jiwa, kecelakaan, kesehatan atau pemulihan polis Anda pernah ditolak/ditangguhkan/dikenakan tambahan premi atau diubah dalam bentuk apapun oleh perusahaan asuransi ?			

Apakah Anda mempunyai polis asuransi jiwa ? Jika ya, isikan data di bawah ini :

Nomor Polis	Uang Pertanggungan	Nama Perusahaan Asuransi

#### PERNYATAAN DAN KUASA

- Saya menyatakan bahwa saat ini saya dalam kondisi sehat.
- Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan memahami semua pertanyaan dan mengisi data dengan benar.
- Saya menyetujui bahwa semua keterangan yang diberikan dalam **FORMULIR PEMULIHAN** ini dan dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan atau perubahan-perubahan bersama Polis yang bersangkutan merupakan bagian dari kontrak asuransi jiwa secara keseluruhan sepanjang hal itu berkaitan dengan polis.
- Saya menyetujui bahwa asuransi ini baru berlaku kembali apabila pengajuan pemulihan telah disetujui oleh WanaArtha Life dan seluruh tunggakan premi telah dibayar lunas beserta biaya lainnya semasa saya masih hidup dan dalam kondisi sehat.
- Saya menyetujui untuk menanggung biaya pemeriksaan kesehatan dan biaya lain sehubungan dengan permintaan pemulihan polis ini.
- Saya memberikan kuasa kepada setiap Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan saya untuk mengungkapkan kepada Penanggung tentang riwayat kesehatan saya. Kuasa ini merupakan hal yang tidak terpisah dari Polis dan mengikat saya, ahli waris dan keluarga saya.

Diajukan di \_\_\_\_\_, tanggal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tanda Tangan & Nama Pemegang Polis

Tanda Tangan & Nama Tertanggung

Tanda Tangan & Nama FA/FO/Agen/Officer

**Jangan menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong**

#### Diisi kantor Agency

Diproses melalui kantor Agency : \_\_\_\_\_

Tanggal Proses : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_