

FORMULIR PEMULIHAN POLIS

Saya, Pemegang Polis yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Pemegang Polis : _____
Nomor Polis : _____

☐ **PENGKINIAN DATA** (hanya jika terdapat perubahan data Pemegang Polis)

☐ Nomor Telepon Selular : _____
☐ E-mail : _____
☐ Rekening Manfaat
Nama Pemilik Rekening : _____
Nomor Rekening : _____ Nama Bank: _____ Negara: _____
Cabang/Unit : _____ Mata Uang: ☐ Rupiah ☐ Dollar (USD)

Dengan ini mengajukan Pemulihan Polis dengan data sebagai berikut:

Nama Tertanggung Utama : _____
Hobi Berisiko Tinggi : _____ (Lampirkan kuisioner terkait)
Pekerjaan/Jabatan : _____
Nama Perusahaan/Lembaga : _____
Jenis Pekerjaan : _____
Uraian Pekerjaan : _____

Nama Tertanggung Tambahan 1 : _____
Hobi Berisiko Tinggi : _____ (Lampirkan kuisioner terkait)
Pekerjaan/Jabatan : _____
Nama Perusahaan/Lembaga : _____
Jenis Pekerjaan : _____
Uraian Pekerjaan : _____

Nama Tertanggung Tambahan 2 : _____
Hobi Berisiko Tinggi : _____ (Lampirkan kuisioner terkait)
Pekerjaan/Jabatan : _____
Nama Perusahaan/Lembaga : _____
Jenis Pekerjaan : _____
Uraian Pekerjaan : _____

Nama Tertanggung Tambahan 3 : _____
Hobi Berisiko Tinggi : _____ (Lampirkan kuisioner terkait)
Pekerjaan/Jabatan : _____
Nama Perusahaan/Lembaga : _____
Jenis Pekerjaan : _____
Uraian Pekerjaan : _____

Nama Tertanggung Tambahan 4 : _____
Hobi Berisiko Tinggi : _____ (Lampirkan kuisioner terkait)
Pekerjaan/Jabatan : _____
Nama Perusahaan/Lembaga : _____
Jenis Pekerjaan : _____
Uraian Pekerjaan : _____

FORMULIR PEMULIHAN POLIS

PERNYATAAN KESEHATAN	PP	TU	TT1	TT2	TT3	TT4
1. a. Tinggi Badan b. Berat Badan	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg
2. Apakah ada penurunan/kenaikan berat badan lebih dari 5 (lima) kg dalam 12 (dua belas) bulan terakhir? Bila Ya, mohon jelaskan.	Ya Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. a. Apakah Anda pernah merokok selama 12 (dua belas) bulan terakhir ini? b. Bila Ya, berapa batang per hari?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ batang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ batang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ batang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ batang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ batang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ batang
4. Dalam 5 (lima) tahun terakhir, apakah Anda pernah : a. Menderita sakit yang menyebabkan rawat inap, operasi, biopsi, endoskopi, radiasi? Menjalani pemeriksaan ke dokter umum / spesialis? b. Dianjurkan / menjalani pemeriksaan laboratorium, Rontgen (X Ray) atau yang khusus contoh MRI, ECG, USG, CT Scan, papsmear, mammografi atau pemeriksaan kandungan, tes darah misalnya AIDS, hepatitis termasuk hepatitis B, hepatitis C? c. Mengalami keracunan, kecelakaan atau coba bunuh diri?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Apakah Anda memiliki sesuatu cacat fisik atau mental?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Pernahkah Anda menderita salah satu atau lebih penyakit berikut ini: jantung, stroke, hipertensi, pertumbuhan kanker, diabetes, atau penyakit liver, ginjal, usus, penyakit saraf, kelainan darah, penyakit prostat, kelenjar gondok, malaria, demam berdarah, tifus, kelainan payudara, organ kewanitaan termasuk gangguan haid, kehilangan salah satu atau fungsi dari anggota gerak atas maupun bawah dan penglihatan total, penyalahgunaan obat-obatan, obat bius, narkotik, minuman keras atau obat terlarang, dan/atau penyakit lain yang belum dicantumkan?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Apakah Anda pernah/sedang menderita atau mendapatkan pengobatan demam yang berlangsung lama, sering berkeringat dingin, kehilangan berat badan yang drastis, adanya pembesaran kelenjar di leher, ketiak dan lipat paha; Menerima transfusi darah; Ditolak sebagai donor darah; Pernah test darah untuk AIDS; Sedang dalam perawatan Dokter sehubungan dengan AIDS?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Apakah ada sanak keluarga (diantaranya ayah, ibu, kakak, adik atau anak) yang menderita: TBC paru, jantung, asthma, kencing manis, tekanan darah tinggi, ayun, kanker, AIDS atau penyakit lainnya?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Khusus WANITA , apakah Anda sedang hamil?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Khusus Tertanggung ANAK < 6 Tahun : a. Apakah Calon Tertanggung dilahirkan prematur dengan berat badan lahir dalam keadaan tidak normal? b. Apakah Calon Tertanggung dilahirkan menggunakan alat bantu (ekstraksi vakum, forceps, dan alat bantu lainnya) ? *Jika pertanyaan kesehatan dijawab 'Ya' lampirkan kuesioner terkait	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Keterangan : PP : Pemegang Polis TU : Tertanggung Utama TT : Tertanggung Tambahan						

Jika pertanyaan no.4 sampai dengan 10 dijawab Ya, jelaskan dengan lengkap: Diagnosa, lama dialami, tanggal konsultasi, nama dan alamat dokter/rumah sakit/rawat inap/tempat konsultasi, serta kondisi saat ini. Khusus untuk pertanyaan no. 8 bila dijawab YA, jelaskan dengan lengkap: Hubungan keluarga, hidup usia, meninggal usia dan nama penyakit/sebab meninggal.

PP / TU / TT 1 / TT2 / TT3/ TT4	Pertanyaan Nomor	Jelaskan dengan lengkap

FORMULIR PEMULIHAN POLIS

Dengan ini saya menyatakan bahwa keterangan / Pernyataan / Pemberitahuan yang disampaikan pada formulir di atas adalah sebenar benarnya. Apabila di kemudian hari diketahui bahwa keterangan dan/atau pernyataan dan/atau pemberitahuan yang disampaikan dalam Formulir ini ternyata keliru, atau ditemukan adanya dokumen lain yang sah secara hukum dan membatalkan dokumen yang telah diberikan, maka SAYA mengerti bahwa PT Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG Tbk dapat membatalkan persetujuan atas pengajuan perubahan ini.

Ditandatangani di : _____

Tanggal : _____ / _____ / _____
(Tgl/Bln/Thn)

Tanda Tangan Pemegang Polis	Tanda Tangan Tertanggung Utama	Tanda Tangan Tertanggung Tambahan 1
Nama Jelas:_____	Nama Jelas:_____	Nama Jelas:_____
Tanda Tangan Tertanggung Tambahan 2	Tanda Tangan Tertanggung Tambahan 3	Tanda Tangan Tertanggung Tambahan 4
Nama Jelas:_____	Nama Jelas:_____	Nama Jelas:_____

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong