

PENGAJUAN PEMULIHAN ASURANSI TAMBAHAN

Isi lengkap dan beri tanda ✓ dalam kotak pilihan. Jika pengisian salah, harap dicoret dan ditandatangani (dilarang menggunakan tipe-x).
Data diisi lengkap dan benar. Mohon untuk TIDAK menandatangani pengajuan ini dalam keadaan kosong/belum diisi.

A. DATA POLIS

1. Nomor Polis : _____ Jenis Asuransi: _____
2. Nama Pemegang Polis : _____ Nomor Identitas Diri (e-KTP): _____
3. Nama Tertanggung : _____ Nomor Identitas Diri (e-KTP): _____

B. ALAMAT KORESPONDENSI (WAJIB DIISI JIKA ADA PERUBAHAN)

☐ Perubahan alamat korespondensi sesuai identitas yang masih berlaku*)

Alamat Rumah : _____

RT/RW : _____ Provinsi : _____
Kelurahan : _____ Negara : _____
Kecamatan : _____ Kode Pos : _____
Kota : _____ Telepon : _____

Alamat Kantor : _____

RT/RW : _____ Provinsi : _____
Kelurahan : _____ Negara : _____
Kecamatan : _____ Kode Pos : _____
Kota : _____ Telepon : _____

Alamat Korespondensi : ☐ Rumah ☐ Kantor
(wajib diisi)

Handphone : _____
Email : _____

*Jika pada Pengajuan ini terdapat perbedaan alamat dengan yang ada pada kami, maka Pengajuan ini akan digunakan untuk proses Pengkinian Data dan dapat dipergunakan sebagai media komunikasi terkait Polis.

C. DATA KESEHATAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini mengajukan Pemulihan Asuransi Tambahan dengan keterangan data kesehatan Tertanggung/ Pemegang Polis sampai saat ini:

1. Berat badan _____ kg, Tinggi badan _____ cm, Golongan darah _____

2. Apakah fisik dan mental Anda dalam keadaan sehat? _____

Jika tidak jelaskan mengapa? _____

3. Apakah hobi/kegemaran/olahraga Anda yang teratur? _____

Beri tanda ✓ pada pilihan jawaban

Ya Tidak

4. Apakah Anda merokok? _____ batang per hari

☐ ☐

5. a. Apakah Anda menggunakan obat secara teratur?

☐ ☐

b. Apakah Anda mempunyai kebiasaan menggunakan narkoba, minum alkohol secara berlebihan atau pernah dirawat karena alkohol atau ketergantungan obat?

☐ ☐

6. Apakah Anda melakukan/akan melakukan penerbangan dengan pesawat *non schedule flight* atau *non commercial airline*?

☐ ☐

7. Apakah Anda melakukan balap mobil, motor, ski air, terjun payung, *bungee jumping*, menyelam, *rafting*, atau olahraga yang berbahaya?

☐ ☐

8. Pernahkah permintaan Anda untuk asuransi jiwa ditolak, ditunda, dikenakan ekstra premi dengan persyaratan khusus atau masih dalam proses?

☐ ☐

	Ya	Tidak
9. Apakah Anda pernah atau sedang menderita penyakit:		
- Kanker, TBC/Paru-Paru, Sesak Nafas, Asthma	☐	☐
- Darah Rendah/Tinggi, Jantung, Stroke, Kencing Manis (DM), <i>Hypercholesterol</i>	☐	☐
- Hati, Kuning, Kelainan Darah (Anemia, Leukimia)	☐	☐
- Lumpuh, Syaraf, Gangguan Mental, Epilepsi	☐	☐
- Kencing Batu, Ginjal, Prostat	☐	☐
- Penyakit lain yang tidak disebut di atas _____	☐	☐
10. Apakah Anda dalam 5 (lima) tahun terakhir ini pernah mendapat perawatan dokter, pemeriksaan di Rumah Sakit, operasi atau Pemeriksaan kesehatan lain (laboratorium, USC, EKG, CT-Scan, dan lain-lain)? Jika "Ya" lampirkan data-datanya	☐	☐
11. Apakah Anda mempunyai cacat badan? Jika "Ya" jelaskan penyebab dan bagian anggota tubuh yang cacat _____	☐	☐

12. Apakah Anda pernah:		
a. Menerima transfusi darah?	☐	☐
b. Ditolak sebagai donor darah?	☐	☐
13. Apakah Anda pernah konsultasi/mendapat pengobatan sehubungan dengan penyakit kelamin, AIDS, keadaan lain yang sehubungan dengan AIDS/HIV?	☐	☐
14. Apakah pada keluarga Anda (ayah, ibu, dan saudara kandung) ada yang menderita penyakit tertentu yang perlu mendapat pengobatan/perawatan atau pemeriksaan yang teratur?	☐	☐
15. Khusus untuk Tertanggung Polis Wanita		
- Apakah Anda sedang hamil? (_____ bulan)	☐	☐
- Apakah Anda pernah atau sedang menderita penyakit di sekitar payudara?	☐	☐
- Apakah Anda pernah atau sedang menderita penyakit kandungan atau kesukaran ketika melahirkan?	☐	☐
- Bagaimana keadaan menstruasi (haid) Anda? ☐ Teratur ☐ Tidak Teratur ☐ Menopause		

Bila jawaban "Ya" harap jelaskan secara terperinci

Dokter Pribadi/Dokter Langganan

Nama Dokter : _____

Alamat : _____

Telepon : _____

D. KELENGKAPAN DOKUMEN

1. Fotokopi Identitas Pemegang Polis yang masih berlaku (e-KTP).
2. Fotokopi Identitas Tertanggung yang masih berlaku (e-KTP).
3. Apabila Pemegang Polis Badan Hukum, lampirkan fotokopi Akta Perubahan terakhir.
4. Dokumen lain (jika diperlukan).

E. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS DAN TERTANGGUNG

Dengan ini kami menyatakan bahwa:

1. Semua keterangan dalam Formulir Pemulihan Asuransi Tambahan ini telah sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
2. Kami telah membaca, mengerti, dan mengisi seluruh pernyataan yang tercantum dalam Formulir Pemulihan Asuransi Tambahan ini dengan lengkap dan benar, dan kami memahami bahwa seluruh keterangan dan jawaban tersebut merupakan dasar pertanggungan yang menjadi bagian dari perjanjian asuransi.
3. Seluruh salinan dokumen yang diberikan sehubungan dengan Pemulihan Asuransi Tambahan ini adalah sesuai asli dan masih berlaku.
4. PT Equity Life Indonesia berhak menolak transaksi dan/atau menutup hubungan usaha dengan Pemegang Polis yang tidak memenuhi ketentuan APU PPT yang berlaku.
5. Semua alamat korespondensi, nomor telepon/handphone, dan email yang telah diinformasikan dapat dipergunakan sebagai media komunikasi terkait Polis dan pengkinian data.

6. Dengan ditandatangani Formulir Pemulihan Asuransi Tambahan ini, maka kami bertanggung jawab terhadap seluruh isi yang tercantum dalam Formulir Pemulihan Asuransi Tambahan ini dan mengetahui segala ketentuan dan peraturan yang mengatur mengenai pelaksanaan perjanjian asuransi termasuk perhitungan tarif premi yang saya bayarkan.
7. Apabila di kemudian hari ditemukan adanya keterangan dan/atau pernyataan dalam Formulir Pemulihan Asuransi Tambahan ini yang tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya, maka kami bersedia menerima segala bentuk akibat hukum yang diatur dalam ketentuan Polis Asuransi Jiwa PT Equity Life Indonesia.
8. PT Equity Life Indonesia dibebaskan dari segala tuntutan dari saya dan/atau Termaslahat (ahli waris) saya/pihak manapun sehubungan dengan Pengajuan Pemulihan Asuransi Tambahan di atas. Apabila terdapat tuntutan dari pihak manapun sehubungan dengan Pengajuan Pemulihan Asuransi Tambahan di atas, maka saya akan bertanggung jawab penuh.
9. Pengajuan ini berlaku apabila telah disetujui PT Equity Life Indonesia selaku Penanggung.

Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh keterangan yang saya berikan pada dokumen Pemulihan Asuransi Tambahan ini adalah benar.

Tempat pengajuan: _____

Tanggal pengajuan (tanggal - bulan - tahun): - -

Pihak yang menyatakan

Pemegang Polis*
Nama Jelas & Tanda Tangan

Tertanggung
Nama Jelas & Tanda Tangan

Orang Tua/Wali (Jika Tertanggung berusia di bawah 18 tahun)
Nama Jelas & Tanda Tangan

**Apabila Pemegang Polis adalah Badan Hukum, sertakan stempel perusahaan.*

UNTUK KEPENTINGAN PERUSAHAAN

Diperiksa oleh Admin
Tanggal & Tanda Tangan
Nama:

Mengetahui Branch Service
Tanggal & Tanda Tangan
Nama:

Catatan penting:
