

PENGAJUAN PEMULIHAN ASURANSI TAMBAHAN

Nama Pemegang Polis : _____ Tempat/Tanggal Lahir _____ Umur ____
 Nama Tertanggung : _____ Tempat/Tanggal Lahir _____ Umur ____
 Polis Nomor : _____ Jenis Asuransi Tambahan:

Mengajukan Pemulihan Asuransi Tambahan dengan keterangan kesehatan Tertanggung/Pemegang Polis* sebagai berikut :

1. Berat badan kg Tinggi badan cm Golongan darah
2. Apakah badan 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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Apakah Anda menggunakan obat secara teratur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Apakah Anda melakukan/akan melakukan penerbangan dengan pesawat <i>non schedule flight</i> atau <i>non commercial airline</i> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Apakah Anda melakukan balap mobil, motor, ski, ski air atau olahraga yang berbahaya? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Pernahkah permintaan Anda untuk asuransi jiwa ditolak, ditunda, dikarenakan ekstra premi, dengan persyaratan khusus atau masih dalam proses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Apakah Anda mempunyai kebiasaan menggunakan narkotika, minum alkohol secara berlebihan atau pernah dirawat karena alkohol atau ketergantungan obat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Apakah Anda pernah mendapat, mengalami atau sedang menderita penyakit : | | |
| - Kanker, TBC/Paru-paru, Jantung, Stroke | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Hati, Kuning, Hyperkolesterol, Kencing manis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Lumpuh, Syaraf, Cacat badan, Cacat mental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ginjal, AIDS/HIV/Test HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Darah rendah/Darah tinggi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Penyakit lain yang tidak disebut di atas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Apakah Anda pernah mendapat perawatan di Rumah Sakit dalam kurun waktu 2 tahun terakhir ini? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Khusus untuk Pemegang Polis wanita : | | |
| - Apakah Anda sedang hamil? (..... bulan) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Apakah Anda pernah atau sedang menderita penyakit di sekitar payudara? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Apakah Anda pernah atau sedang menderita penyakit kandungan atau kesukaran ketika melahirkan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Bagaimana keadaan menstruasi (haid) Anda? | | |
| <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur <input type="checkbox"/> Menopause | | |

Bila jawaban "Ya" harap jelaskan secara terperinci

.....

Dokter pribadi/Dokter langganan Pemegang Polis

Nama Dokter :

Alamat : Telepon :

_____, _____, 20__

Hormat saya,

(_____)

Nama lengkap & Tanda Tangan Pemegang Polis

(_____)

Nama lengkap & Tanda Tangan Tertanggung

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini kami menyatakan bahwa :

1. Semua keterangan dalam Surat Pengajuan Pemulihan Asuransi Tambahan ini telah sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
2. Kami telah membaca, mengisi dan menjawab seluruh pernyataan yang tercantum dalam Surat Pengajuan Pemulihan Asuransi Tambahan ini dengan lengkap dan benar, dan kami memahami bahwa seluruh keterangan dan jawaban tersebut merupakan dasar pertanggung jawaban yang menjadi bagian dari perjanjian asuransi.
3. Dengan ditandatangani Surat Pengajuan Pemulihan Asuransi Tambahan, maka kami bertanggung jawab terhadap seluruh isi yang tercantum dalam Surat Pengajuan Pemulihan Asuransi Tambahan ini.
4. Apabila dikemudian hari ditemukan adanya keterangan dan/atau pernyataan dalam Surat Pengajuan Pemulihan Asuransi Tambahan ini yang tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya, maka saya bersedia menerima segala bentuk akibat hukum yang diatur dalam ketentuan Polis asuransi jiwa PT Equity Life Indonesia.

_____, _____, 20__

Pihak yang menyatakan,

(_____)
Pemegang Polis

(_____)
Tertanggung

(_____)
Orang tua/wali
(Apabila Tertanggung berusia
dibawah 18 tahun)

* Dengan ditandatanganinya Surat Pengajuan Pemulihan Asuransi Tambahan ini, saya telah mengetahui segala ketentuan dan peraturan yang mengatur mengenai pelaksanaan perjanjian asuransi termasuk perhitungan tarif premi yang saya bayarkan.