

FORMULIR PENGAJUAN PEMULIHAN POLIS NON SYARIAH / SYARIAH

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nomor Polis : _____

Nama Pemegang Polis : _____ Jenis Kelamin: L / P

Tanggal Lahir Pemegang Polis : _____

Nama Tertanggung / Peserta yang Diasuransikan : _____ Jenis Kelamin: L / P

Tanggal Lahir Tertanggung / Peserta yang diasuransikan : _____

Alamat Domisili : _____

Kode Pos : _____

Nomor Telepon Rumah : _____ Nomor Telepon Kantor : _____

Nomor Handphone : _____ Nomor WhatsApp : _____

Alamat E-mail : _____

Dengan ini mengajukan Pemulihan atas Polis di atas dengan keterangan sebagai berikut :

| Data Informasi Pekerjaan | Tertanggung / Peserta Yang Diasuransikan | Pemegang Polis |
|---|--|----------------|
| Pekerjaan saat ini (Sebutkan tugas utama) | | |
| Nama dan alamat perusahaan | | |

PERNYATAAN KESEHATAN KHUSUS UNTUK SIMPLE UNDERWRITING REINSTATEMENT (WAJIB MEMBERI ✓ PADA KOTAK YANG DISEDIAKAN)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Dengan ini saya sebagai Tertanggung/Peserta menyatakan bahwa saya dalam keadaan sehat jasmani, rohani, tidak terganggu jiwanya serta tidak mempunyai gejala penyakit atau sedang dalam pengobatan atau perawatan suatu penyakit tertentu dan atau karena kecelakaan atau sedang menjalani rawat inap atau operasi di Rumah Sakit. |
|--------------------------|---|

| Data Kesehatan | Tertanggung / Peserta yang Diasuransikan | Pemegang Polis |
|---|---|---|
| 1. Tinggi dan berat badan | _____ cm / _____ kg | _____ cm / _____ kg |
| 2. a. Apakah ada penurunan / kenaikan berat badan lebih dari 5 (Lima) kg dalam 12 (Dua belas) bulan terakhir? | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |
| b. Bila Ya, berapa kg jumlah penurunan / kenaikan berat badan : Dan jelaskan penyebabnya : | _____ kg _____ | _____ kg _____ |
| 3. Berikan nama dan alamat dokter yang biasa dikunjungi untuk konsultasi kesehatan | Nama Dokter: _____ Alamat Dokter: _____ _____ | Nama Dokter: _____ Alamat Dokter: _____ _____ |
| 4. a. Apakah anda pernah merokok selama 12 (dua belas) bulan terakhir? b. bila ya berapa batang / hari? | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak _____ batang/hari | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak _____ batang/hari |

| | | |
|--|---|---|
| <p>5. Apakah anda memiliki kebiasaan atau pernah menggunakan narkotika atau obat-obatan, minuman alkohol secara berlebihan atau pernah dirawat / mendapat nasehat karena hal tersebut?</p> <p>Bila Ya, jelaskan;</p> | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <hr/> | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <hr/> |
| <p>6. Apakah Anda sedang / pernah menderita / pernah diberitahu / dalam konsultasi / perawatan / pengobatan / pengawasan medis sehubungan dengan salah satu penyakit / gangguan / gejala dibawah ini :</p> <p>a. Paru-paru, penyakit pernapasan (Misal : asma, bronkhitis, tuberkulosis, batuk darah dan sebagainya)?</p> <p>b. Serangan jantung, nyeri dada, penyakit apapun pada jantung, demam rematik, pembuluh darah atau tekanan darah tinggi?</p> <p>c. Gangguan pencernaan, tukak lambung, penyakit apapun pada hati, kantung empedu?</p> <p>d. Ginjal dan saluran kemih termasuk batu ginjal, kencing manis, penyakit kelenjar gondok?</p> <p>e. Gangguan mental, penyakit jiwa, syaraf, epilepsi (ayan), kelumpuhan, kesemutan, baal, sakit kepala terus - menerus?</p> <p>f. Kanker, tumor, benjolan, kista, pertumbuhan abnormal lainnya?</p> <p>g. Penyakit apapun dari tulang punggung, tulang otot, nyeri persendian, menyandang cacat fisik, gangguan penglihatan, bicara, pendengaran, terluka parah atau penyakit lainnya?</p> <p>h. Lain - lain yang tidak disebutkan di atas</p> <p>Bila Ya, jelaskan :</p> <p>- Jenis penyakit</p> <p>- Tanggal / tahun diderita</p> <p>- Lama sakit</p> <p>- Nama Dokter / Rumah Sakit / Klinik / Puskesmas</p> <p>- Nomor Telepon</p> <p>- Alamat</p> <p>(Mohon lampirkan fotokopi hasil pemeriksaan)</p> | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| <p>7. Dalam 5 (Lima) tahun terakhir apakah anda pernah mengalami / mendapatkan atau bermaksud menjalani :</p> <p>a. Pemeriksaan kesehatan diagnotik seperti sinar X, USG, CT Scan, EKG, pemeriksaan darah dan lain-lain?</p> <p>b. Sakit, operasi, nasehat dokter, dirawat oleh karena penyakit yang tidak disebut diatas?</p> <p>Bila Ya, jelaskan : tanggal / bulan / tahun pemeriksaan, sakit, operasi, nasehat dokter, perawatan yang dilakukan :</p> | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <hr/> <hr/> | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <hr/> <hr/> |
| <p>8. Diisi oleh Calon Tertanggung / Peserta yang Diasuransikan wanita.</p> <p>a. Apakah Anda sedang hamil? Bila Ya, usia kehamilan : (Lampirkan fotokopi buku kontrol kehamilan)</p> | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <p>_____ bulan</p> | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <p>_____ bulan</p> |
| <p>b. Bagaimana kondisi kehamilan saat ini, adakah komplikasi? Bila Ya, Jelaskan</p> | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <hr/> <hr/> | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <hr/> <hr/> |
| <p>c. Apakah Anda pernah mengalami komplikasi saat melahirkan atau kelainan payudara atau kelainan / keluhan pada organ kewanitaan termasuk haid tidak teratur, hasil Pap's smear tidak normal? Bila Ya, jelaskan :</p> | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <hr/> <hr/> | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <hr/> <hr/> |

| Data Informasi Pribadi | Tertanggung / Peserta yang Diasuransikan | Pemegang Polis |
|--|--|--|
| 1.a. Apakah anda sering dan akan terbang dengan pesawat yang tidak mempunyai jadwal tetap? | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |
| b. Apakah Anda memiliki hobby atau akan melakukan olahraga berisiko tinggi? (Contoh: terjun payung, menyelam, balap mobil, balap motor, panjat tebing / mendaki gunung, paralayang dan lain-lain). Bila Ya, harap mengisi formulir tambahan. | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |
| 2. Apakah pengajuan asuransi jiwa, kecelakaan, kesehatan, pemulihan Polis Anda pernah ditolak / ditangguhkan / dikenakan tambahan Premi / Kontribusi atau diubah dalam bentuk lain oleh perusahaan asuransi? atau apakah Anda pernah mengajukan klaim ke perusahaan asuransi jiwa? Bila Ya, apa jenis asuransi, nama perusahaan asuransi dan jelaskan alasannya? | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak _____ _____ | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak _____ _____ |
| 3.a. Apakah Anda pernah mengajukan proses Klaim? Bila ya, sebutkan nama perusahaan asuransinya. | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak _____ | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak _____ |
| b. Apakah pengajuan Klaim tersebut disetujui? Bila Tidak, sebutkan alasannya : | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak _____ _____ | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak _____ _____ |

**Apabila kolom penjelasan pada pertanyaan diatas tidak cukup, maka Anda dapat memberi penjelasan tambahan pada formulir tambahan. Formulir tambahan tersebut harus ditanda tangani oleh Tertanggung / Peserta yang Diasuransikan / Pemegang Polis dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Formulir ini.*

PERNYATAAN DAN KUASA

1. Saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa semua pernyataan dan jawaban diatas berikut pernyataan dan jawaban dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan atau perubahannya, adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban diatas tidak benar, maka Penanggung / Pengelola berhak untuk membatalkan kontrak asuransi jiwa ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan Premi / Kontribusi, membayar Klaim manfaat asuransi serta ganti rugi apapun.
2. Saya setuju bahwa semua keterangan yang diberikan dalam Pernyataan Kesehatan, dan dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan atau perubahan-perubahannya bersama Polis yang bersangkutan, merupakan bagian dari kontrak asuransi jiwa secara keseluruhan sepanjang hal itu berhubungan dengan Polis.
3. Saya memberikan kuasa kepada setiap Dokter / Rumah Sakit / Klinik / Puskesmas / Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi / lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan saya, untuk mengungkapkan kepada Penanggung / Pengelola semua keterangan tentang catatan riwayat kesehatan saya. Salinan / fotokopi dari kuasa ini sama sah berlakunya seperti dokumen aslinya.
4. Khusus untuk Pemulihan Polis :
 - a. Akan diberlakukan kembali setelah disetujui oleh Penanggung / Pengelola dan seluruh tunggakan Premi / Kontribusi beserta bunganya telah dilunasi.
 - b. Saya tidak berhak mengajukan Klaim apapun untuk kejadian yang terjadi sebelum tanggal dimana Polis ini dinyatakan diberlakukan kembali oleh Penanggung / Pengelola.
5. Saya menyetujui bahwa Penanggung / Pengelola memiliki hak sepenuhnya untuk menyetujui atau menolak :
 - a. Permohonan Asuransi.
 - b. Pemulihan Polis.
 - c. Peninjauan Premi / Kontribusi Tambahan (Ekstra Premi / Kontribusi).
 - d. Perubahan Polis.
6. Saya bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan apabila diperlukan oleh Penanggung / Pengelola dan semua biaya yang timbul dari pemeriksaan kesehatan tersebut menjadi tanggungan saya.
7. Saya menyetujui Penanggung / Pengelola untuk melakukan perubahan alamat korespondensi dan / atau data nomor rekening tabungan / kartu kredit berdasarkan yang tercantum pada form pemulihan ini. Khusus untuk nomor rekening tabungan saya lampirkan form Surat Kuasa yang telah diisi.
8. Bersama ini saya lampirkan fotokopi KTP / Identitas lain, yang masih berlaku.
9. Bila Saya tidak memenuhi syarat guna permohonan pemulihan Polis maka setelah 90 (Sembilan puluh) hari sejak form ini diterima di kantor pusat PT. Asuransi Simas Jiwa, dana yang telah disetorkan akan dikembalikan ke data rekening yang tertera pada form ini dan dengan sendirinya pengajuan pemulihan Polis ini akan batal.

Nama Bank : _____ Cabang : _____

Nomor Rekening : _____

Nama Pemilik Rekening : _____

10. Dengan ditandatanganinya formulir ini maka Pemegang Polis membebaskan PT Asuransi Simas Jiwa dari tuntutan hukum yang mungkin timbul dikemudian hari.

Ditandatangani di _____, ____ / ____ / 20 ____

| Pemegang Polis | Tertanggung / Peserta yang Diasuransikan | Petugas Administrasi Simas Jiwa |
|-----------------------------|---|--|
| | | |
| Tanda Tangan & Nama Lengkap | Tanda Tangan & Nama Lengkap | Tanda Tangan & Nama Lengkap |