

**FORMULIR PENGAJUAN PENAMBAHAN RIDER NON SYARIAH / SYARIAH**
**Saya yang bertandatangan di bawah ini :**

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

Nama Pemegang Polis : \_\_\_\_\_

 Nama Tertanggung /  
Peserta yang Diasuransikan : \_\_\_\_\_

Alamat Domisili : \_\_\_\_\_

 Kota :  Kode Pos : 

 No Telepon Rumah :  Handphone : 

 No Telepon Kantor : 

Alamat Email : \_\_\_\_\_

**NAMA RIDER (ASURANSI TAMBAHAN)**
**UP / SANTUNAN ASURANSI**

1	Rp
2	Rp
3	Rp
4	Rp

NO	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 kilogram jumlah penurunan / kenaikan berat badan :	____ kg	____ kg
	Dan jelaskan penyebabnya :		
3	(a) Berikan nama dan alamat dokter yang biasa dikunjungi	Nama Dokter: Alamat Dokter:	Nama Dokter: Alamat Dokter:
	(b) Kapan terakhir kalinya Anda mengunjungi Dokter / Rumah Sakit / Puskesmas / Laboratorium dan berikan nama dan alamatnya	____ / ____ / ____ Nama Dokter: Alamat Dokter:	____ / ____ / ____ Nama Dokter: Alamat Dokter:
	(c) Apakah keluhan / alasan Anda saat itu?		
4	(a) Apakah anda pernah merokok selama 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 batang per hari?	____ batang / hari	____ batang / hari
5	Apakah anda pernah mendapat nasehat atau berkonsultasi, pengobatan, perawatan, atau melakukan pemeriksaan sehubungan dengan AIDS, HIV, atau dalam 12 (Dua belas) bulan terakhir mempunyai gejala berikut selama lebih dari 1 (Satu) minggu berturut-turut : kelelahan, penurunan berat badan, diare, pembesaran kelenjar, kelainan kulit yang lain dari biasa, demam, radang paru-paru?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

	Bila ya, jelaskan :		
6	Apakah anda memiliki kebiasaan atau pernah menggunakan narkotik atau obat-obatan, minuman alkohol secara berlebihan atau pernah dirawat / mendapat nasehat karena hal tersebut?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Bila ya, jelaskan :		
7	Apakah anda pernah mengalami / mendapatkan atau bermaksud menjalani :		
	(a) Pemeriksaan kesehatan diagnostik seperti sinar X, USG, CT Scan, EKG, pemeriksaan darah dan lain-lain?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	(b) Sakit, operasi, nasehat dokter, dirawat oleh karena penyakit yang tidak disebut diatas?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Bila Ya, jelaskan : tanggal / bulan / tahun pemeriksaan, sakit, operasi, nasehat dokter, perawatan yang dilakukan :		
8	Apakah dalam keluarga terdekat ada yang menderita sakit jantung, stroke, darah tinggi, TBC, kencing manis, penyakit ginjal, kelainan mental, hepatitis, kanker, penyakit keturunan lainnya atau suami / istri atau orang tua Anda menderita AIDS?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Bila Ya, jelaskan siapa, penyakit yang diderita, usia saat ini, keadaan saat ini dan lain-lain :		
9	Hanya diisi oleh calon Tertanggung/ Peserta yang Diasuransikan wanita		
	(a) Apakah Anda pernah melakukan Pap'smear?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	(b) Apakah Anda sedang hamil?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Bila Ya, usia kehamilan :	_____ bulan	_____ bulan
	(c) Bagaimana kondisi kehamilan saat ini, adakah komplikasi?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	(d) Apakah anda mempunyai kelainan payudara atau kelainan keluhan pada organewanitaan termasuk haid tidak teratur?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Bila anda menjawab Ya, jelaskan : - Jenis komplikasi / kelainan / keluhan - Nama dan alamat dokter yang merawat		
10	Apakah Anda pernah menderita atau mendapat perawatan untuk penyakit dibawah ini :		
	(a) Stroke, Tekanan Darah Tinggi, Pembuluh Darah Otak?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	(b) Sakit kepala terus menerus, Vertigo?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	(c) Gangguan penglihatan, Bicara, Pendengaran?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	(d) Penyakit THT?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	(e) Paru-paru, Gangguan Pernafasan, Asma, Bronkhitis, Tuberkulosis, Batuk Darah dan lain-lain?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	(f) Nyeri Dada, Serangan Jantung, Demam Jantung Rematik, Penyakit apapun pada jantung?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	(g) Gangguan Pencernaan, Lambung, Tukak Lambung, Penyakit Usus, Tukak Usus?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	(h) Gangguan Hati, Hepatitis, Batu Empedu, Infeksi Kantung Empedu?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	(i) Penyakit Limpa?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	(j) Kencing Manis, Penyakit Gondok, Penyakit Organ Pankreas?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	(k) Penyakit Ginjal, Batu Ginjal dan Saluran Kemih?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	(l) Penyakit yang berhubungan dengan organ kandung?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	(m) Wasir, Hernia, Penyakit Kelenjar Prostat?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	(n) Kelainan Darah?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

(o) Penyakit apapun dari tulang punggung, tulang otot, persendian?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
(p) Terluka parah?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
(q) Penyakit yang berhubungan dengan Syaraf, Epilepsi / Ayan, Kelumpuhan, Kesemutan, Baal?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
(r) Menyandang cacat badan, cacat fisik?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
(s) Gangguan Mental, Gangguan Jiwa?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
(t) Kelainan Bawaan, Penyakit Keturunan?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
(u) Kanker, Tumor, pertumbuhan abnormal lainnya?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
(v) AIDS dan kondisi yang berhubungan dengan AIDS (Demam, kelelahan, diare kronis, penurunan berat badan)?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
(w) Penyakit Menular Seksual?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
(x) Penyakit lainnya?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Bila Anda menjawab "Ya" untuk Penyakit Lainnya, harap tulis dan jelaskan.		
Khusus pertanyaan no.10 di atas, bila menjawab "Ya" wajib menjelaskan dengan lengkap seperti : - Nama Dokter - Rumah Sakit / Klinik / Puskesmas - Jenis penyakit - Lama Sakit		

NO	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
	(c) Apakah Anda pernah / sering bepergian ke luar negeri dalam jangka waktu lebih dari 3 (Tiga) bulan berturut - turut dalam 5 (lima) tahun terakhir?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Bila Ya, jelaskan kapan bepergiannya, negara tujuan dan untuk kepentingan apa ?		
2	Apakah pengajuan asuransi jiwa, kecelakaan, kesehatan, pemulihan Polis Anda pernah ditolak / ditangguhkan / dikenakan tambahan Premi / Kontribusi atau diubah dalam bentuk apapun oleh perusahaan asuransi? atau apakah Anda pernah mengajukan klaim ke perusahaan asuransi jiwa?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Bila Ya, apa jenis asuransi, nama perusahaan asuransi dan jelaskan alasannya?		
3	Sebutkan Polis asuransi jiwa / kesehatan yang telah anda miliki :		
	a. Nama perusahaan asuransi		
	b. Nama produk		
	c. Uang Pertanggungan		
	d. Nomor Polis		
	e. Tahun diterbitkan		

NO	DATA INFORMASI PEKERJAAN	TERTANGGUNG / PESERTA YANG DIASURANSIKAN	PEMEGANG POLIS
1	Pekerjaan saat ini (sebutkan tugas utama)		
2	Nama dan alamat perusahaan		

	(Pelajar : tuliskan nama dan alamat sekolah)		
3	Penghasilan per Tahun		

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

**PERNYATAAN DAN KUASA**

1. Saya menyatakan bahwa semua pernyataan dan jawaban di atas berikut formulir tambahan yang diperlukan atau perubahannya, adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan Saya yang sebenarnya. Apabila dikemudian hari ditemukan pernyataan dan jawaban di atas tidak benar, maka Penanggung / Pengelola berhak untuk membatalkan perjanjian asuransi tambahan sejak tanggal mulai berlakunya asuransi tambahan atau Endorsement diterbitkan.
2. Saya bersama ini memberikan kuasa kepada dokter, rumah sakit, klinik, kantor asuransi dan organisasi lain ataupun perorangan yang mempunyai catatan data atau yang mengetahui keadaan kesehatan saya, untuk memberitahukan kepada Penanggung / Pengelola semua keterangan mengenai diri saya yang berhubungan dengan kesehatan, riwayat pengobatan, perawatan di rumah sakit, nasihat - nasihat dokter, pengobatan atau penyakit. Salinan atau fotokopi dari pemberian kuasa ini berlaku sama dengan yang asli.
3. Saya menyatakan bersedia untuk dilakukan pemeriksaan kesehatan apabila diperlukan oleh Penanggung / Pengelola dan semua biaya yang timbul dari pemeriksaan kesehatan tersebut akan menjadi tanggungan saya.
4. Saya menyatakan setuju dan menerima terhadap persetujuan atau penolakan atas permohonan asuransi tambahan ini.
5. Bila Saya tidak memenuhi syarat guna permohonan penambahan Rider maka setelah 90 (Sembilan puluh) hari sejak Formulir Pengajuan ini diterima di Kantor Pusat PT Asuransi Simas Jiwa dengan sendirinya pengajuan penambahan Rider ini akan batal.
6. Apabila asuransi tambahan ini tidak disetujui oleh Penanggung / Pengelola, maka dana yang telah di setorkan (Bila ada) akan dikembalikan oleh Penanggung / Pengelola tanpa memberikan bunga apapun dengan cara mentransfer ke rekening saya yang tertera di bawah ini :  
 Nama Bank : ..... Cabang : .....  
 Nomor Rekening : .....  
 Nama Pemilik Rekening : .....
7. 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