



Formulir Pemulihan Polis - Syariah

- Isi dengan menggunakan tinta hitam, huruf kapital, jelas dan beri tanda (V) pada lingkaran yang disediakan
 - Setiap kesalahan penulisan wajib dikoreksi dengan pencoretan dan pembubuhan tandatangan Peserta disebelahnya.
 - Mohon tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nomor Polis

Nama Peserta

No telepon yang bisa dihubungi

Apakah ada perubahan alamat, email, atau no telepon? Tidak Ya, mohon menggunakan aplikasi FWD MAX dengan fitur eServices di menu Profil saya, untuk melakukan perubahan data.

FATCA dan/atau CRS

Apakah kamu memiliki atau bertindak untuk dan atas nama pemilik kewajiban pajak (*tax residency*/sebagai pembayar pajak/memiliki penghasilan yang menjadi objek pajak) di negara selain Indonesia sehubungan dengan ketentuan Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) dan/atau Common Reporting Standard (CRS)?

Tidak

Ya, mohon mengisi Formulir Deklarasi FATCA dan/atau CRS

Wajib diisi sesuai kondisi sebenarnya, jujur dan lengkap

I. Data Pihak Yang Diasuransikan/Peserta (PP) sebagai Pihak Yang Diasuransikan Utama (PU) atau Tambahan (PD1, PD2, PD3, PD4)

Nama Pihak Yang Diasuransikan/Peserta		Pekerjaan dan Uraian Pekerjaan	Berat Badan			TinggiBadan		
PU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PD1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PD2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PD3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PD4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

II. Pertanyaan Kesehatan

Pertanyaan Kesehatan	PU	PD1	PD2	PD3	PD4	PP
1. Apakah Kamu pernah menderita/mendapat perawatan/berkonsultasi/melakukan pemeriksaan kesehatan untuk penyakit jantung, kanker, tekanan darah tinggi, <i>stroke, diabetes</i> , kolesterol tinggi, kelainan darah, rematik, gangguan mental, lambung, ginjal, <i>liver, TBC</i> , asma, <i>hepatitis, epilepsi</i> , tumor, penyakit kelamin, <i>HIV/AIDS</i> , atau penyakit serius lainnya?	Ya <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Apakah Kamu pernah mengonsumsi obat- obatan adiktif atau terlarang atau mendapatkan saran medis, perawatan atau konseling sehubungan dengan konsumsi atau kecanduan alkohol atau disarankan untuk menghentikan dan membatasi asupan alkohol Kamu?	Ya <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Khusus untuk Perempuan: Apakah Kamu dalam kondisi hamil saat ini ?	Ya <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jika ya, apakah Kamu pernah atau saat ini mengalami komplikasi kehamilan seperti : tekanan darah tinggi, pre-eklampsia, eklampsia, pendarahan pada saat kehamilan, keguguran, persalinan dan kelahiran prematur, diabetes gestasional, kehamilan ektopik, plasenta previa, dsb	Ya <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Apakah saat ini Kamu berpartisipasi dalam salah satu hobi berbahaya seperti balap/reli mobil/motor, menyelam dengan kedalaman lebih dari 400 meter, mendaki gunung di atas ketinggian 4.000 meter, terjun payung atau melakukan penerbangan pesawat pribadi (selain sebagai penumpang pada penerbangan komersial)	Ya <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Apakah Kamu pernah atau sedang menderita penyakit atau gejala-gejala penyakit selain yang disebutkan di atas?	Ya <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

III. Penjelasan Dari Pertanyaan Kesehatan no 1-5, Jika dijawab “Ya”

Jelaskan secara lengkap mengenai Siapa, gejala, diagnosa, lama menderita, tanggal konsultasi (rawat), pengobatan/terapi yang diterima, nama dan alamat dokter serta kondisi saat ini di kolom keterangan/penjelasan halaman berikutnya. Apabila tidak cukup, mohon dapat dituliskan di Formulir Amandemen Pengajuan Pelayanan Polis

