

Permintaan Pemulihan Polis

Nama Tertanggung/Pemegang Polis

Nomor Polis

Gunakan formulir lain untuk pembayar
(apabila dimohonkan)

Tinggi/Berat Badan cm kg Penurunan / penambahan berat badan dalam 12 (dua belas) bulan terakhir kg

Terhitung sejak Polis pertama diterbitkan sampai dengan permohonan ini diajukan apakah Bapak/Ibu:

- Pernah atau sedang menderita sesuatu kelainan/gangguan kesehatan/keluhan/penyakit? _____
Jika "Ya", mohon dijelaskan secara detail _____
 Ya Tidak
- Pernah atau sedang berkonsultasi ke dokter/spesialis, dirawat dirumah sakit dan/atau dioperasi? Jelaskan nama dokter dan rumah sakit, alamat serta no. telepon (untuk jawaban "Ya" yang berhubungan dengan pertanyaan No. 1 ataupun tidak, mohon dijelaskan) _____
 Ya Tidak
- Pernah atau disarankan untuk melakukan pemeriksaan laboratorium, rontgen/foto sinar X (untuk paru-paru, saluran pencernaan, saluran kencing/ginjal, tengkorak) atau mengalami pemeriksaan khusus seperti test HIV, Hepatitis, USG (ultrasonografi), CT Scan, EKG (elektrokardiografi) atau EKG (elektroensefalografi) jika "Ya" mohon dapat melampirkan hasilnya. _____
 Ya Tidak
- Pernah atau sedang menggunakan obat-obat tertentu atau menerima suntikan atau pengobatan radiasi (sinar X atau bahan radio aktif) secara berkala/rutin untuk waktu tertentu? (jika "Ya" mohon dapat melampirkan hasilnya). _____
 Ya Tidak
- Apakah saat ini sedang hamil? Jika "Ya" apakah ada kelainan? Berapa tekanan darah? Berapa usia kehamilan saat ini? _____
 Ya Tidak
- Olahraga/pelatihan atau aktivitas lainnya yang diikuti : _____

7. Dalam 12 (duabelas) bulan terakhir pernah mengkonsumsi/memakai hal dibawah ini

Jenis		Tanggal Mulai	Jumlah Konsumsi	Tanggal Berhenti *)
Alkohol	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		_____	
Rokok/Cerutu	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		_____ batang perhari	
Narkoba	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		_____	

*) Jika sudah berhenti

- Pernah mengajukan Polis asuransi jiwa namun ditolak dan/atau diterima dengan syarat/ada pengecualian khusus/pernah ditolak permohonan pemulihan Polisnya? _____
 Ya Tidak
- Perubahan pekerjaan : (jika ada) _____
- Kondisi/data kesehatan/data lainnya yang berubah sejak Surat Permintaan Asuransi yang pertama kali diajukan, adalah: (lain-lain yang tidak tercakup diatas) _____

Pernyataan dan Surat Kuasa

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, bertindak selaku Tertanggung dan/atau pemegang Polis, dengan ini menyatakan bahwa:

- Saya telah membaca dengan seksama seluruh pernyataan dalam surat permintaan pemilihan Polis ini dan mengisinya menurut keadaan yang sebenarnya.
- Saya memahami bahwa jawaban dan keterangan yang saya berikan dalam surat ini merupakan dasar pertanggung jawaban yang tidak terpisahkan dari Polis.
- Apabila ternyata keterangan yang saya berikan tidak benar, tidak lengkap dan tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya, maka PT FWD Insurance Indonesia (penanggung) berhak membatalkan pertanggung jawaban tanpa kewajiban mengembalikan uang Premi yang telah dibayarkan.
- Pembayaran tunggakan Premi beserta bunganya merupakan salah satu syarat yang harus dipenuhi sebelum permintaan pemulihan Polis ini disetujui oleh PT FWD Insurance Indonesia.
- Memahami dan menyetujui bahwa tidak ada jaminan/klaim yang dibayarkan untuk setiap perawatan, operasi/kematian dan manfaat lainnya yang terjadi atau diketahui dalam periode Polis tidak aktif.
- Polis berlaku kembali setelah penanggung menyetujui Permintaan Pemulihan Polis dan menerima pembayaran Premi dan Tertanggung yang dibuktikan dengan surat persetujuan pemulihan. *) lihat catatan kaki.
- Apabila diperlukan, Tertanggung bersedia untuk menjalani pemeriksaan kesehatan atas biaya sendiri.
- Keterangan apapun yang saya berikan kepada konsultan penanggung diluar keterangan yang saya berikan dalam formulir ini, tidak mengikat penanggung.

Selanjutnya saya dengan ini memberikan kuasa kepada penanggung atau wakilnya yang ditunjuk untuk meminta keterangan dan/atau melakukan investigasi terhadap kondisi kesehatan saya termasuk meminta catatan medis saya serta hal-hal lain sehubungan dengan penanggung ini kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan dan/atau, institusi atau perorangan yang mempunyai catatan dan/atau data lainnya.

Kuasa tersebut tidak dapat ditarik kembali oleh sebab apapun dengan mengesampingkan ketentuan-ketentuan hukum mengenai hak-hak istimewa pemberi kuasa, serta tidak akan hapus dengan meninggalnya pemberi kuasa.

Apabila kolom di atas tidak mencukupi mohon untuk menulisnya dibelakang halaman ini.

<p>Jakarta,</p> <p style="text-align: center;">Tertanggung/Pemegang Polis</p> <p>(.....) (.....)</p>	<p>Catatan Khusus (Untuk diisi oleh petugas kantor pusat)</p>
--	---