

FORMULIR PEMULIHAN POLIS (REINSTATEMENT)

- Mohon mengisi dengan menggunakan tinta hitam, huruf kapital, jelas dan memberi tanda (v) pada kotak jawaban yang sesuai.
- Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan Pemegang Polis di sebelumnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan.
- Mohon tidak menandatangani formulir pengajuan ini dalam keadaan kosong.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Pemegang Polis :

Nomor Polis :

No. telepon yang bisa dihubungi :

Apakah ada perubahan alamat, : Ya Tidak Jika Ya, mohon agar mengisi Formulir Pengajuan Perubahan Polis *Non Financial* *email* atau no. telepon?

I. DATA TERTANGGUNG

	Tertanggung Utama	Tertanggung Tambahan 1	Tertanggung Tambahan 2
Nama Lengkap:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

II. DATA KESEHATAN

Pertanyaan di bawah ini adalah kondisi Pemegang Polis dan/atau Tertanggung sejak ditandatanganinya Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ) atau Surat Pengajuan Asuransi (SPA) atau pengajuan Formulir Pernyataan Kesehatan yang terakhir. Apabila terdapat jawaban "Ya", mohon memberikan tanda (v) untuk setiap kelainan yang dimiliki dan memberikan penjelasan lengkap pada kolom yang tersedia. (Apabila Pemegang Polis dan/atau Tertanggung ingin menambahkan informasi yang belum dituliskan di Formulir ini, mohon menuliskannya pada "Amandemen untuk Surat Permohonan Asuransi dan/ atau Pengajuan Pelayanan Polis" dan dilampirkan bersama formulir ini).

- | | |
|---|---|
| 1. Pemegang Polis : Tinggi badan: _____cm Berat Badan: _____kg | |
| Tertanggung Utama : Tinggi badan: _____cm Berat Badan: _____kg | |
| Tertanggung Tambahan 1 : Tinggi badan: _____cm Berat Badan: _____kg | |
| Tertanggung Tambahan 2 : Tinggi badan: _____cm Berat Badan: _____kg | |
| Apakah pernah terjadi penurunan atau peningkatan berat badan sebanyak > 5 kg dalam 12 bulan terakhir yang bukan disebabkan masa pertumbuhan (pada anak-anak) atau olahraga/pengaturan pola makan (diet) (pada orang dewasa)? | PP TU TU1 TU2
<input type="checkbox"/> |
| 2. Apakah ada perubahan kebiasaan menggunakan narkoba/obat-obat terlarang atau obat penenang, merokok, minum minuman beralkohol, pekerjaan atau hobi sejak pengajuan SPAJ dan atau pengajuan Form Kesehatan terakhir? Jika "Ya" mohon jelaskan. | <input type="checkbox"/> |
| 3. Apakah dalam 5 (lima) tahun terakhir : | <input type="checkbox"/> |
| a. Menjalani rawat inap (yang tidak disebabkan karena sakit Demam Berdarah atau <i>Typhus</i>), pembedahan/tindakan medis, biopsi? | <input type="checkbox"/> |
| b. Menjalani pemeriksaan laboratorium, tes darah (HIV, Hepatitis C, Hepatitis B, dsb), <i>Rontgen</i> atau pemeriksaan khusus lain, seperti : EKG, <i>Treadmill</i> , Echo, MRI, CT Scan, USG? | <input type="checkbox"/> |
| c. Menjalani pengobatan ahli jiwa, Radiasi, Kemoterapi, tradisional atau pengobatan alternatif? | <input type="checkbox"/> |
| d. Mengalami keracunan atau kecelakaan? | <input type="checkbox"/> |
| 4. Apakah Anda pernah diberitahu/pernah/ sedang menderita penyakit atau gejala/gangguan pada: | <input type="checkbox"/> |
| a. Mata, Telinga, Hidung, Tenggorokan atau Mulut (selain sakit flu, batuk dan/atau pilek) ? | <input type="checkbox"/> |
| b. Sistem saraf: Kejang, Epilepsi/Ayan, Pingsan, sering pusing/Vertigo, Stroke, lumpuh atau gangguan mental/kejiwaan? | <input type="checkbox"/> |
| c. Kelenjar dan darah: kolesterol meningkat, Kencing Manis, Kelenjar Gondok, kurang darah (Anemia), gangguan hormonal, pembesaran kelenjar getah bening, asam urat meningkat, menerima transfusi darah, atau pernah ditolak sebagai donor darah? | <input type="checkbox"/> |
| d. Jantung dan pembuluh darah: tekanan darah tinggi, berdebar-debar, nyeri dada, penyempitan/penyumbatan pembuluh darah, gangguan katup jantung, sakit jantung bawaan, <i>varices</i> atau gangguan peredaran darah? | <input type="checkbox"/> |
| e. Paru-paru: Asma, <i>Bronchitis</i> , batuk lama, batuk darah, TBC atau flek paru? | <input type="checkbox"/> |
| f. Sistem pencernaan dan hati: Hepatitis B, Hepatitis C, sakit maag, sakit kuning, batu empedu, muntah darah, buang air besar berdarah, wasir, hernia, sering diare, atau <i>cirrhosis</i> ? | <input type="checkbox"/> |
| g. Sistem kemih dan kelamin: sakit pinggang, batu saluran kemih/ginjal, kencing darah/nanah, sakit prostat, sakit ginjal atau sakit kelamin? | <input type="checkbox"/> |
| h. Sistem kerangka, otot dan kulit: kelemahan anggota gerak/lumpuh, cacat fisik, polio, nyeri sendi, demam rematik, radang sendi, gangguan tulang belakang, patah tulang, amputasi, kelainan kulit, tahi lalat yang membesar dengan cepat atau kusta? | <input type="checkbox"/> |
| i. Kekebalan dan infeksi : demam yang berlangsung lama, HIV/AIDS, Malaria, Disentri Amuba, Alergi atau Lupus? | <input type="checkbox"/> |
| j. Tumor, Kanker atau benjolan? | <input type="checkbox"/> |
| k. Transplantasi organ vital tubuh, seperti: Sumsu Tulang, Ginjal, Paru, Hati, Jantung? | <input type="checkbox"/> |
| l. Lain-lain yang tidak disebutkan diatas termasuk kelainan bawaan? | <input type="checkbox"/> |
| 5. Khusus untuk Perempuan: | <input type="checkbox"/> |
| a. Pernah/ sedang/ pernah diberitahu mengalami gangguan/komplikasi kehamilan/melahirkan, kelainan payudara, rahim atau indung telur, haid yang lama atau tidak teratur, menjalani pemeriksaan <i>Pap Smear</i> atau USG atau <i>Mamogram</i> atau pemeriksaan lain yang hasilnya tidak normal atau dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan ulang dalam waktu 12 (dua belas) bulan mendatang? Bila "Ya" mohon berikan penjelasan. | <input type="checkbox"/> |
| b. Saat ini sedang hamil? Jika "Ya", berapa usia kandungan Anda ? | <input type="checkbox"/> |
| Pemegang Polis : _____ minggu | |
| Tertanggung Utama : _____ minggu | |
| Tertanggung Tambahan 1 : _____ minggu | |
| Tertanggung Tambahan 2 : _____ minggu | |

