



FORMULIR PENGAJUAN PEMULIHAN POLIS

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong

Formulir ini harus diisi dengan benar dan lengkap, karena formulir ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dan menjadi dasar perjanjian pertanggungan yang dinyatakan dalam Polis antara PT AXA FINANCIAL INDONESIA (selanjutnya disebut sebagai Penanggung) dengan Pemegang Polis.

Kami yang bertanda-tangan di bawah ini:

Nama Pemegang Polis : _____ **Pekerjaan saat ini :** _____
Nama Tertanggung : _____ **Pekerjaan saat ini :** _____
No. Polis : [] [] - [] [] [] [] - [] [] [] [] - [] [] [] [] - [] [] [] []
Alamat Saat Ini : _____ **Kode Pos :** _____
No. Telepon : _____ **(R),** _____ **(K),** _____ **(HP)**
Alamat Email : _____
Alasan keterlambatan pembayaran : _____

Beri tanda silang (X) pada bagian sebelah kanan. Bila jawaban " YA " harap berikan keterangan lengkap pada "Perincian Jawaban" dengan mencantumkan nomor pertanyaan di depannya.	Tertanggung		P. Polis	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. a. Apakah Tertanggung/Pemegang Polis sekarang dalam keadaan sehat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jelaskan Berat Badan saat ini : _____ Kg Tertanggung _____ Kg Pemegang Polis				
c. Jelaskan Tinggi Badan saat ini : _____ Cm Tertanggung _____ Cm Pemegang Polis				
d. Apakah Tertanggung/Pemegang Polis pernah mengajukan permohonan Asuransi Jiwa atau Asuransi Kesehatan yang : ditolak, dibatalkan, dikenakan premi tambahan atau diubah dalam bentuk apapun oleh Perusahaan Asuransi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sejak Polis tersebut di atas berlaku apakah Tertanggung/Pemegang Polis:				
a. Pernah berkonsultasi dengan dokter, dirawat di Rumah Sakit, menjalani operasi atau mendapat perawatan ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pernah dianjurkan oleh dokter atau pernah melakukan pemeriksaan kesehatan diagnostic, check up seperti : sinar X, MRI, USG, CT scan, ECG, treadmill, darah, urine atau pemeriksaan laboratorium lainnya ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Menderita cacat atau kelainan fisik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Apakah Tertanggung/Pemegang Polis mempunyai kebiasaan :				
a. Merokok ? Jika YA, berapa batang dalam sehari ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Menggunakan obat bius/narkotik ,obat/zat terlarang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Minum alkohol ? Jika YA, berapa banyak dalam seminggu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Apakah kondisi kesehatan Tertanggung/Pemegang Polis sekarang dalam keadaan terganggu, memerlukan atau dianjurkan operasi atau dalam perawatan dokter /makan obat untuk alasan apapun ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. a. Apakah Tertanggung sering melakukan kegiatan penerbangan komersial/non-komersial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Apakah Tertanggung pernah atau bermaksud ikut dalam olah raga yang beresiko tinggi ? (Balap mobil, terjun payung, dll)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hanya untuk wanita				
a. Apakah Anda sekarang sedang hamil ? bila YA,bulan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Apakah ada gangguan menstruasi atau menstruasi tidak teratur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tanggal terakhir menstruasi :				
d. Tanggal terakhir Anda melahirkan :				
Perincian jawaban "YA", tuliskan nomor pertanyaan, berikan diagnosa, tanggal, lamanya, nama & alamat dokter yang merawat (khusus pertanyaan No.1d berikan Nomor Polis , Nomor Aplikasi dan nama Perusahaannya.				

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

- Saya dan Tertanggung menyatakan dan menyetujui bahwa semua jawaban-jawaban atas pertanyaan-pertanyaan di atas, baik yang saya tulis sendiri maupun tidak, adalah lengkap dan benar serta dapat dipertanggungjawabkan.
- Saya dan Tertanggung setuju bahwa jawaban-jawaban tersebut telah dijadikan dasar untuk pemulihan Polis.
- Pemulihan Polis ini mulai berlaku sejak permohonan ini disetujui oleh Penanggung selama Tertanggung masih hidup serta layak asuransi dan premi yang diperlukan telah dibayar penuh.
- Sebagai akibat dari pembayaran premi untuk pemulihan Polis dan setelah diperhitungkan dengan Dana Investasi yang terpakai untuk pembayaran premi yang tertunggak, masih terdapat sisa pembayaran premi, maka saya setuju atas sisa dana tersebut akan dijadikan investasi sesuai dengan jenis Dana Investasi yang telah saya pilih dan disetujui oleh Penanggung untuk Polis ini.

Pemberian Kuasa ini tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam Pasal 1813, 1814 dan 1816 KUH Perdata, baik pada saat saya hidup ataupun sudah meninggal kepada seluruh dokter terdaftar, Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik, Laboratorium, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan, Organisasi atau pihak lainnya yang mempunyai catatan atau keterangan dan/atau informasi mengenai keadaan atau riwayat kesehatan atas diri saya dan Tertanggung, untuk memberikan semua catatan dan/atau keterangan tersebut kepada Penanggung atau pihak lain yang diberi kuasa olehnya. Apabila diperlukan Surat Kuasa lain yang lebih khusus sehubungan dengan pemberian kuasa ini, maka Surat Kuasa tersebut dianggap sudah termasuk dalam Surat Kuasa ini. Fotokopi dari Surat Kuasa ini, memiliki kekuatan hukum yang sama kuat dan sah seperti aslinya.

Premi pemulihan telah dibayarkan sebesar : _____ **tanggal :** ____/____/____ melalui (transfer/autodebet kartu kredit/ATM)*
Ditandatangani di _____ tanggal _____

Pemegang Polis

Tertanggung

(.....)
Nama Pemegang Polis

(.....)
Nama Tertanggung

*) Coret yang tidak perlu