



## FORMULIR PEMULIHAN POLIS ASURANSI

Saya/Kami yang bertanda tangan di bawah ini adalah Pemegang Polis dengan data sebagai berikut :

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

Kewarganegaraan :  WNI\*)  WNA\*\*), Negara :  \*) WNI : - Lampirkan Fotokopi Identitas Pemegang Polis yang masih berlaku (KTP/SIM/Passport). \*\*) WNA : - Lampirkan Fotokopi Paspor dan KIMS/KITAS/KITAP. - Isi *Foreigner's Questionnaire Form*

Apakah Anda mempunyai :  Paspor Amerika Serikat  *Green Card* Amerika Serikat

Email (wajib diisi) \*\*\* :

\*\*\*) Jika Pengajuan pada formulir ini diproses dan terdapat perbedaan Email yang tertulis di formulir ini dengan yang ada pada data Kami, maka Email pada formulir ini akan digunakan untuk memproses pengkinian data. Dengan mengisi kolom tersebut maka pengiriman laporan transaksi dan laporan tahunan (pada produk tertentu) atau laporan lainnya akan dialihkan ke e-Connect.

Nama Tertanggung :

Pekerjaan :

Uraian Pekerjaan :

**ISI DAN BERIKAN TANDA  PADA KOTAK, SESUAI DENGAN YANG DIINGINKAN.**

Apakah pada pengajuan Polis ini Anda memiliki asuransi tambahan Spouse Waiver untuk Suami/Istri atau asuransi tambahan Payor Waiver untuk Orang tua/Anak :  Ya Bila menjawab Ya, lengkapi Pertanyaan Kesehatan Calon Pemegang Polis di bawah ini.  Tidak Bila menjawab Tidak, lengkapi Pertanyaan Kesehatan Calon Tertanggung saja.

### PERTANYAAN KESEHATAN

Khusus untuk Pemulihan Polis Asuransi Kesehatan, pertanyaan No. 1a, 1b dan 4b tidak perlu diisi.

	Calon Tertanggung		Calon Pemegang Polis	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1 a. Tinggi dan Berat Badan ?	1a.	<input type="text"/> Cm <input type="text"/> Kg	<input type="text"/> Cm <input type="text"/> Kg	
b. Apakah ada penurunan atau kenaikan berat badan lebih dari 5 (lima) kg dalam 12 (dua belas) bulan terakhir ? Bila Ya, jelaskan penyebab penurunan atau kenaikan berat badan tersebut : _____	1b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Apakah Anda pernah mengalami/mendapatkan atau bermaksud menjalani pemeriksaan kesehatan diagnostik seperti sinar X, USG, CT Scan, EKG, pemeriksaan darah dan lain-lain ?	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Apakah Anda pernah atau sedang mengalami masalah kesehatan atau mendapat perawatan untuk :				
a. Gangguan fungsi otak, stroke, saraf, mental, kejiwaan, epilepsi atau ayun, terluka parah ?	3a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Menyandang cacat badan atau fisik ?	3b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Penyakit telinga, hidung, tenggorok, gangguan pendengaran, gangguan penglihatan?	3c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Jantung, kelainan darah dan/atau pembuluh darah, tekanan darah tinggi ?	3d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Paru-paru, asma dan/atau saluran pernafasan ?	3e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hati, empedu, limpa, lambung, usus, hernia, wasir, dan/atau saluran pencernaan lainnya ?	3f.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ginjal dan/atau saluran urine, prostat ?	3g.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Kencing manis, gondok atau tiroid, pankreas ?	3h.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Tumor, kanker, HIV atau AIDS ?	3i.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Kelainan bawaan atau penyakit keturunan ?	3j.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hanya diisi oleh Calon Tertanggung Wanita.				
a. Apakah Anda menderita penyakit atau gangguan kandungan ?	4a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Apakah Anda sedang hamil ? Bila Ya, jelaskan usia kehamilan dan kondisi kehamilan: _____	4b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/> bulan	<input type="text"/> bulan	
5. Lainnya yang tidak disebutkan diatas ? _____	5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Khusus pertanyaan no. 2, 3, 4 dan 5 di atas, bila menjawab Ya wajib menjelaskan dengan lengkap nama Calon Pemegang Polis / Calon Tertanggung, tanggal kejadian, jenis kelainan/ penyakit dan lain-lain pada kolom di bawah ini.

No.	Nama Calon Pemegang Polis/ Calon Tertanggung	Tanggal Kejadian	Jenis Kelainan/ Kejadian	Lama Sakit	Jenis Pemeriksaan Kesehatan/Laboratorium	Hasil Pemeriksaan Kesehatan/Laboratorium	Nama/Alamat/No.Telp.Dokter/ Rumah Sakit
1.							
2.							
3.							

Apabila kolom-kolom yang tersedia di atas tidak cukup, Anda dapat memberikan jawaban pada kertas terpisah dan wajib membubuhkan tanda tangan serta melampirkannya pada formulir ini.

PERTANYAAN KESEHATAN		Calon Tertanggung		Calon Pemegang Polis	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
6. Apakah pengajuan asuransi jiwa, kecelakaan, kesehatan, pemulihan Polis Anda pernah ditolak/ditangguhkan/dikenakan tambahan Premi atau diubah dalam bentuk apapun oleh perusahaan asuransi? Bila Ya, jelaskan :	6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Apakah Anda terlibat dalam kegiatan balap motor, mendaki gunung/panjat tebing, menyelam, terbang layang dan penerbangan lain yang bukan penerbangan rutin, berjadwal teratur dan tetap atau terlibat dalam aktivitas yang berisiko lainnya ? Bila Ya, jelaskan :	7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PERTANYAAN KESEHATAN CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN**  
(Wajib mengisi Formulir Pertanyaan Kesehatan untuk Calon Tertanggung Tambahan, khusus Calon Tertanggung lebih dari satu untuk HI Family)

**PERNYATAAN DAN KUASA**

- Saya/Kami menyatakan dengan sebenarnya bahwa semua pernyataan dan jawaban di atas berikut pernyataan dan jawaban dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan atau perubahannya, adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Saya/Kami menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas tidak benar, maka Penanggung berhak untuk membatalkan kontrak asuransi ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan Premi, membayar Klaim manfaat asuransi serta ganti rugi apapun.
- Saya/Kami menyetujui bahwa semua keterangan yang diberikan dalam Pertanyaan Kesehatan, dan dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan atau perubahan-perubahannya bersama Polis yang bersangkutan, merupakan bagian dari kontrak asuransi secara keseluruhan sepanjang hal itu berhubungan dengan Polis.
- Saya/Kami dengan ini memberikan kuasa kepada setiap Tenaga Medis/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas dan/atau Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan Saya/Kami, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua keterangan tentang catatan riwayat kesehatan Saya/Kami. Kuasa ini merupakan hal yang tidak terpisahkan dari Surat Pengajuan Asuransi atau Formulir Aplikasi dan akan mengikat Saya/Kami, ahli waris dan keluarga Saya/Kami. Salinan/fotokopi dari kuasa ini sama sah dan berlakunya seperti dokumen aslinya.
- Saya/Kami menyetujui bahwa Penanggung berhak sepenuhnya menyetujui atau menolak permohonan Pemulihan Polis.
- Saya/Kami menyetujui Polis akan diberlakukan kembali setelah disetujui oleh Penanggung dan seluruh tunggakan Premi beserta bunganya (jika ada) telah difunasi.
- Saya/Kami tidak berhak mengajukan Klaim apapun untuk kejadian yang terjadi sebelum tanggal dimana Polis ini dinyatakan diberlakukan kembali oleh Penanggung.
- Saya/Kami bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan apabila diperlukan oleh Penanggung dan semua biaya yang timbul dari pemeriksaan kesehatan tersebut menjadi tanggungan Saya/Kami.
- Saya/Kami menyetujui bahwa apabila Saya/Kami tidak memberikan kelengkapan data/hasil pemeriksaan kesehatan/kelengkapan dokumen lainnya yang diperlukan oleh Penanggung dalam waktu 90 (sembilan puluh) hari sejak Formulir ini atau sejak tunggakan premi diterima oleh Penanggung, maka pengajuan Formulir ini akan dibatalkan oleh Penanggung. Premi untuk Pemulihan Polis yang telah disetor akan dikembalikan ke rekening yang tertera pada Formulir ini.
- Saya/Kami menyatakan bersedia untuk melakukan proses Pemulihan Polis dengan membayar Premi tertunggak. Khusus untuk produk Unit Link maka Nilai unit akan diperhitungkan kembali setelah Polis aktif berdasarkan Ketentuan Umum Polis yang berlaku.
- Saya/Kami menyatakan bahwa Saya/Kami bukan pemegang paspor Amerika Serikat/Green Card Amerika Serikat atau perusahaan yang didirikan/berkedudukan di Amerika Serikat ("U.S. person") untuk kepentingan pajak penghasilan federal Amerika Serikat. Saya/Kami tidak bertindak untuk, atau atas nama seorang U.S. person. Saya/Kami telah memahami bahwa Penanggung meyakini bahwa pernyataan ini benar, akan bergantung pada, dan bertindak berdasarkan pernyataan tersebut. Dalam hal pernyataan tersebut salah, Penanggung berhak dan diberi hak untuk membatalkan/menolak pengajuan transaksi Pemulihan Polis ini. (Jika pemohon adalah atau bertindak atas nama U.S. Person, maka wajib melengkapi formulir W-9; jika pemohon hanya memiliki U.S. Indicia saja, maka wajib melengkapi formulir W-8BEN).
- Saya/Kami akan memberitahukan kepada Penanggung/Pengelola dalam kurun waktu 30 (tiga puluh) hari sejak perubahan status kewarganegaraan Saya/Kami menjadi U.S Person untuk kepentingan pajak penghasilan federal Amerika Serikat.
- Penanggung/Pengelola tunduk pada dan diharuskan untuk, atau telah setuju untuk mematuhi hukum dan peraturan tertentu dan/atau persyaratan lain ("Kewajiban Pelaporan"). Dengan adanya Kewajiban Pelaporan tersebut, Saya/Kami dengan ini memberikan persetujuan dan wewenang kepada Penanggung/Pengelola untuk memberikan data dan informasi pribadi Saya/Kami kepada pejabat pemerintah, regulator atau lembaga pengatur, dan/atau pihak lain baik di dalam ataupun di luar negeri sehubungan dengan pelaksanaan Kewajiban Pelaporan tersebut. Saya/Kami memahami bahwa pengungkapan tersebut dapat dilakukan melalui pengalihan data pribadi secara lintas batas keluar dari yurisdiksi, dan pengungkapan tersebut dapat berkaitan dengan:
  - data pribadi Saya/Kami, Pemegang Polis, Tertanggung, Penerima Manfaat ("Para Pihak"), atau satu diantaranya;
  - setiap informasi yang berkaitan dengan Polis ini; dan
  - setiap informasi yang berkaitan dengan Polis-Polis lain yang dimiliki oleh Para Pihak atau satu diantaranya.
 Saya/Kami memahami bahwa Penanggung/Pengelola tidak akan dapat melaksanakan transaksi dan menyediakan layanan kepada Saya/Kami apabila Saya/Kami menolak untuk memberikan persetujuan ini.
- Saya/Kami mengerti apabila Saya/Kami memiliki asuransi tambahan jenis Hospital & Surgical, maka Biaya Asuransi Tambahan seperti yang tertulis dalam Polis dapat naik dikarenakan inflasi biaya medis (*medical inflation*) dan/atau riwayat klaim secara keseluruhan dengan pemberitahuan dari pihak Penanggung paling lambat 30 hari kerja sebelum diberlakukan. Saya/Kami mengerti bahwa kenaikan biaya ini akan memotong Nilai Unit yang lebih besar sehingga Nilai Akun dapat berkurang lebih cepat. Untuk memastikan Polis tetap aktif, Saya/Kami akan membayar Premi secara terus-menerus.
- Saya/Kami menyetujui apabila Formulir Permohonan Pemulihan Polis ini tidak disetujui oleh Penanggung, maka Penanggung akan mengembalikan Premi yang telah dibayar untuk Permohonan ini tanpa memberikan bunga apapun, serta mentransfer kembali ke rekening yang tertera di bawah ini :

Nama Pemilik Rekening \*) :

Nomor Rekening :

Nama Bank :  Cabang Bank/Kota :

Jenis Mata Uang Rekening :  Rupiah  US Dollar  Lainnya, sebutkan :

SWIFT Code/ABA/IBAN \*\*) :

\*) - Penerima dana harus sama dengan yang tercantum pada Data Polis Anda (Pemegang Polis, Tertanggung atau Ahli Waris)  
 - Jika penerima dana adalah Ahli Waris dan bukan Tertanggung atau Pemegang Polis lain di AIA, wajib melampirkan fotokopi identitas Ahli Waris yang masih berlaku  
 \*\*) Wajib diisi untuk pembayaran yang ditujukan ke bank luar negeri dan jenis mata uang rekening bank tersebut

Ditandatangani di :

Tanda tangan dan nama lengkap Calon Pemegang Polis      Tanda tangan dan nama lengkap Calon Tertanggung      Tanda tangan dan nama lengkap Petugas PT AIA FINANCIAL

**PENTING**

Data yang tertera di Formulir ini adalah milik PT AIA FINANCIAL.  
 Data yang tertera di Formulir ini akan digunakan untuk memproses permohonan Anda. Apabila terdapat informasi yang kurang/tidak lengkap, PT AIA FINANCIAL berhak untuk tidak melanjutkan proses Pemulihan Polis Anda hingga dilengkapinya seluruh informasi.  
 Apabila dikemudian hari di formulir ini terdapat data yang tidak benar dan/atau perlu untuk diperbarui, Anda berhak untuk memperbaiki dan/atau memperbarui data tersebut dengan cara menghubungi AIA Customer Care Line pada No. Telepon 1500 980 atau (021) 3000 1 980, email : id.customer@aia.com  
 Seluruh karyawan dan Tenaga Pemasar PT AIA FINANCIAL wajib menjaga kerahasiaan data dan tidak diperkenankan untuk mempublikasikan atau menyebarkan atau memberikan data kepada pihak yang tidak berkepentingan dan pihak luar manapun tanpa izin tertulis terlebih dahulu dari PT AIA FINANCIAL. Jika Formulir ini ditemukan tersebar tanpa sengaja atau tidak tersimpan dengan aman, mohon diberitahukan kepada AIA Customer Care Line di atas.