



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.

