

FORMULIR PEMULIHAN POLIS (REINSTATEMENT)

- > Mohon diisi jujur, lengkap dan benar oleh pemegang polis dengan menggunakan ballpoint serta huruf cetak dan memberi tanda (v) pada kotak yang sesuai.
- > Tidak diperkenankan menggunakan cairan penghapus / pena penghapus. Apabila diperlukan koreksi terhadap pernyataan yang diisi mohon dicoret dan ditandatangani di setiap bentuk koreksi tersebut.
- > Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang dibutuhkan telah dipenuhi oleh pemegang polis dan/atau tertanggung sebelum menandatangani.
- > Wajib melampirkan foto copy identitas diri pemegang polis yang masih berlaku (KTP/SIM/Paspor/KITAS).
- > Pastikan Anda melengkapi seluruh persyaratan tambahan yang disyaratkan.

Nomor Polis :

--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Pemegang Polis : _____

Nama Tertanggung : _____

Alamat Sesuai Identitas : _____

Kota/Provinsi : _____ Kode Pos : _____

Telepon Rumah : _____ - _____

Telepon Kantor : _____ - _____ Ext : _____

Handphone : _____ Email : _____

KETERANGAN KESEHATAN PEMEGANG POLIS DAN TERTANGGUNG

No	Pertanyaan	Pemegang polis		Tertanggung	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Apakah Anda mempunyai Polis dan atau sedang mengajukan permintaan Asuransi Jiwa, Asuransi Kecelakaan,Asuransi Kesehatan pada PT ASTRA AVIVA LIFE Indonesia atau perusahaan asuransi lain? Jika "Ya", sebutkan nama perusahaan asuransi, jenis Pertanggungan dan Uang Pertanggungan : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Apakah Polis atau permintaan asuransi sebagaimana dimaksud dalam butir 1 diatas pernah ditolak, ditunda, diterima dengan penambahan Premi, atau diberlakukan suatu pengecualian apapun? Jika "Ya", sebutkan alasannya : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Apakah calon Tertanggung perokok atau mengkonsumsi jenis tembakau lainnya? Jika "Ya", berapa batang per hari ? _____ batang/hari.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Apakah Anda pernah atau sedang menderita salah satu penyakit atau mengalami gejala/kelainan : pembuluh darah/jantung, tekanan darah tinggi; TBC, asma, bronchitis; sakit maag, hepatitis, haemorrhoid/wasir; ginjal, saluran kencing, kandung kemih atau prostat, penyakit kelamin; stroke, kelumpuhan,epilepsy, penyakit susunan syaraf/otak; gangguan jiwa/depresi; gangguan penglihatan/pendengaran; malaria, typhus; rematik, gangguan otot/persendian/punggung; diabetes, hyperkolesterol, gout; leukemia,anemia; tumor, kanker; HIV/AIDS atau penyakit/kelainan lain yang tidak disebutkan di sini dalam 5 tahun terakhir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Apakah Anda pernah atau sedang menjalani pemeriksaan kesehatan atau dalam perawatan dokter atau rawat inap di RS sehubungan dengan penyakit tersebut di atas dalam waktu 5 tahun terakhir? Jika "Ya", sebutkan nama dokter/dokter keluarga yang mengetahui riwayat kesehatan Anda atau dokter yang Anda kunjungi terakhir kali ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Khusus untuk calon Tertanggung anak: a. Proses kelahiran: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Kelainan/Cidera b. Pada saat lahir Tinggi Badan _____ cm Berat Badan: _____ kg				
7	Apakah Anda mempunyai gejala-gejala penyakit atau keluhan kesehatan lainnya yang belum pernah dikonsultasikan ke dokter/pemeriksa kesehatan lainnya atau belum pernah diobati (contoh: sering demam dalam waktu yang lama, kehilangan berat badan yang tidak diketahui sebab-sebabnya)? Jika "Ya", sebutkan dan jelaskan : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8	Tuliskan nama dan alamat lengkap dokter/klinik/Rumah Sakit yang pernah atau biasa Anda kunjungi :				
9	Kecuali diberikan dengan resep dokter, apakah Anda pernah menggunakan kokain, marijuana, LSD (Lysergic Acid Diethylamide), amphetamin, heroin atau narkotik lainnya?	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
10	Khusus untuk calon Tertanggung wanita: a. Apakah Anda sekarang ini sedang hamil? Jika "Ya", usia kandungan _____ minggu (harap lampirkan copy kartu/buku kontrol kehamilan dengan informasi yang lengkap) b. Apakah Anda pernah mengalami kesulitan / komplikasi pada saat melahirkan? c. Nama dan alamat lengkap dokter yang memeriksa kandungan: _____	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
11	Apakah Anda memiliki orang tua/saudara yang menderita penyakit diabetes, tekanan darah tinggi, sakit jantung, stroke, ginjal, hepatitis, kelainan mental atau penyakit turunan lainnya? Jika ada sebutkan status hubungan, Jenis penyakit dan usia saat sakit : _____	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
12	Apakah Anda sewaktu-waktu melakukan atau memiliki pekerjaan/hobby dalam bidang: penerbangan, microlighting, balap motor/mobil, paralayang, panjat tebing/mendaki gunung, terjun payung, menyelam, minyak dan gas bumi, caving & potholing, selancar, arum jeram, lainnya ?	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
13	Apakah Anda sering melakukan penerbangan yang tidak terjadwal (bukan menggunakan maspakai penerbangan umum terjadwal) ?	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
14	Apakah ada perubahan berat badan dan tinggi badan dalam 2 tahun terakhir ini ? Pemegang Polis : Berat Badan _____ Kg Berat Badan _____ Kg Tertanggung : Berat Badan _____ Kg Berat Badan _____ Kg	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
15	Apakah ada perubahan pekerjaan dalam 1 tahun terakhir? Jika ada, sebutkan jenis pekerjaan saat ini : _____	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>

Pernyataan dan Persetujuan Pemegang Polis

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa :

- Formulir Pemulihan Polis hanya berlaku untuk satu nomor polis.
- Pemulihan Polis akan diproses apabila seluruh data serta syarat kelengkapan dokumen telah dipenuhi, dan akan berlaku apabila telah disetujui oleh PT. ASTRA AVIVA LIFE.
- PT ASTRA AVIVA LIFE berhak untuk melakukan verifikasi transaksi termasuk berupa pengajuan permintaan informasi tambahan atau konfirmasi kepada Pemegang Polis jika diperlukan.
- Semua jawaban-jawaban dari seluruh pertanyaan tersebut merupakan dasar dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis dan apabila ternyata jawaban / keterangan yang saya berikan tidak benar maka PT ASTRA AVIVA LIFE berhak menolak pengajuan ataupun membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan Polis.
- Memberikan kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, Puskesmas, perusahaan asuransi atau organisasi lain, lembaga/badan hukum atau perorangan yang memiliki catatan atau informasi mengenai diri saya atau kesehatan saya untuk menyerahkan kepada PT ASTRA AVIVA LIFE setiap dan seluruh informasi mengenai diri Saya yang dibutuhkan sehubungan dengan kesehatan Saya dan sejarah medis dan setiap pengobatan/perawatan di rumah sakit, nasihat, diagnosa, perawatan atau penyakit atau gejala penyakit, Saya juga memberikan persetujuan untuk diadakan investigasi pribadi semasa saya hidup dan sesudah Saya meninggal dunia. Salinan(fotocopy) dari surat kuasa ini akan sama sah dan kuatnya dengan yang asli.
- Saya/Kami dengan ini memberi ijin kepada PT ASTRA AVIVA LIFE untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya/Kami yang tersedia diperoleh atau disimpan oleh PT ASTRA AVIVA LIFE (sesuai yang tercantum pada formulir ini atau sarana lain), kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan re-asuransi, asuransi, lembaga, bank, atau badan hukum lain baik di dalam maupun di luar negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan PT ASTRA AVIVA LIFE dalam rangka pengajuan formulir perubahan ini, ketentuan Polis, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, pelaksanaan ketentuan Polis, survey kepuasan nasabah, maupun untuk tujuan hukum dan perundang-undangan) dan karenanya ditandatangani formulir ini oleh Saya/Kami adalah merupakan bukti tertulis pemberian ijin oleh Saya/Kami.
- Saya/Kami dengan ini memberi ijin kepada PT ASTRA AVIVA LIFE untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya/Kami yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh PT ASTRA AVIVA LIFE tetapi tidak terbatas kepada data informasi terkait nama, alamat, tanggal kelahiran, no.telpon, alamat e-mail dan data-data terkait lainnya untuk kepentingan penawaran produk-produk asuransi lainnya milik PT ASTRA AVIVA LIFE, produk-produk rekanan/partner usaha PT ASTRA AVIVA LIFE dan karenanya ditandatangani formulir ini oleh Saya/Kami adalah merupakan bukti tertulis pemberian ijin oleh Saya/Kami.

Dengan Ini saya menyatakan seluruh pernyataan, keterangan dan jawaban yang saya berikan telah sesuai dengan apa yang saya ketahui secara jujur, lengkap dan benar. Jika Pernyataan dari Perusahaan tersebut diatas ternyata terbukti di kemudian hari tidak benar dan/atau menyesatkan dan menimbulkan kerugian terhadap PT Astra Aviva Life, maka Perusahaan wajib mengganti segala kerugian yang diderita PT Astra Aviva Life, dan membebaskan PT Astra Aviva Life, dari segala tuntutan/gugatan hukum yang mungkin timbul sebagai akibat dari pernyataan yang tidak benar dan/atau menyesatkan tersebut.

Ditandatangani di _____ Pada tanggal _____ (tanggal/bulan/tahun)

Tanda tangan dan Nama Pemegang Polis

Tanda tangan dan Nama Tertanggung

Tanda Tangan dan Nama Petugas Pemasaran

Pengesahan Underwriting

Tempat & Tanggal : _____ / _____ Catatan : _____

Diterima Diterima dengan syarat Ditolak

Nama dan Tanda Tangan Underwriter
