

FORMULIR 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 MNC Life Assurance (selanjutnya disebut sebagai Penanggung) dengan Pemegang Polis.

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama Pemegang Polis : Pekerjaan Saat Ini :

Nama Tertanggung :

Nomor Polis :

Alamat Domisili Saat ini : Kode Pos

Alamat Kantor 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		Pemegang 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: Tertanggung _____ (kg), Pemegang Polis _____ (kg)				
c. Jelaskan Tinggi Badan saat ini: Tertanggung _____ (cm), Pemegang Polis _____ (cm)				
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 diagnostik, <i>check up</i> seperti : sinar X, MRI, USG, CT scan, ECG, <i>treadmill</i> , 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. Sejak Polis tersebut di atas berlaku apakah Tertanggung/Pemegang Polis:				
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 berisiko 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? Jika YA, usia kehamilan _____ 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 : _____ / _____ / _____ (tgl/bln/thn)				
d. Tanggal terakhir Anda melahirkan : _____ / _____ / _____ (tgl/bln/thn)				

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 akurat dan benar serta dapat dipertanggungjawabkan secara hukum.
- 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 telah dibayar penuh.

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 terdFTAR, 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 pembuktian hukum yang sama kuat dan sah seperti aslinya.

Premi Pemulihan telah dibayarkan sebesar: _____ (terbilang) _____ pada tanggal: ____/____/____
 melalui transfer / autodebet kartu kredit / ATM* *) Coret yang tidak perlu

PEMANGGANG POLIS

TERTANGGUNG

Ditandatangani di _____ pada tanggal ____/____/____

(_____)
 (Tandatangan & Nama Jelas)

(_____)
 (Tandatangan & Nama Jelas)