

## FORMULIR PEMULIHAN POLIS

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong

Mohon mengisi dengan lengkap dengan menggunakan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberikan tanda X pada kotak jawaban yang sesuai

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 Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia (selanjutnya disebut sebagai Penanggung) dengan Pemegang Polis

PRODUK ASURANSI :  Mandiri Inhealth Critical Protection  Mandiri Inhealth Life Protection  
 Mandiri Inhealth Accident Protection  Mandiri Inhealth Hospital Cash Plan

Yang bertandatangan di bawah ini

Nama Pemegang Polis :

Nama Tertanggung :

Nomor Polis :

Alamat saat ini :   
 Nomor :  RT/RW  /   
Kota :  Kode Pos

Nomor Telepon : Rumah :  -  Kantor :  -   
HP :

Alasan keterlambatan pembayaran premi: \_\_\_\_\_

Premi Tertunggak telah dibayarkan melalui Bank:  Tanggal:  -  -

Bukti Pembayaran wajib dilampirkan  (beri tanda X apabila bukti sudah dilampirkan) Sebesar Rp:

Keterangan	Berat Badan	Tinggi Badan	Ada perubahan berat badan
Pemegang Polis	Kg	cm	
Tertanggung	Kg	cm	

Pertanyaan	Tertanggung		Pemegang Polis	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Apakah Tertanggung/ Pemegang Polis sekarang dalam keadaan sehat?				
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?				
b. Pernah dianjurkan oleh dokter atau pernah melakukan pemeriksaan kesehatan diagnostik, check up seperti: sinar X, MRI, USG, CT scan, ECG, treadmill, darah, urine, atau pemeriksaan laboratorium lainnya?				
c. Menderita cacat atau kelainan fisik?				
3. Apakah Tertanggung/ Pemegang Polis mempunyai kebiasaan				
a. Merokok? Jika YA, berapa batang dalam sehari?				
b. Menggunakan obat bius/ narkotik, obat/ zat terlarang?				
c. Minum alkohol? Jika YA, berapa banyak dalam seminggu?				
4. Apakah kondisi kesehatan Tertanggung/ Pemegang Polis sekarang dalam keadaan terganggu, memerlukan atau dianjurkan operasi atau dalam perawatan dokter/ konsumsi obat untuk alasan apapun?				
5. a. Apakah Tertanggung/ Pemegang Polis sering melakukan kegiatan penerbangan komersial/ nonkomersial?				
b. Apakah Tertanggung/ Pemegang Polis pernah atau bermaksud ikut dalam olah raga yang berisiko tinggi? (Balap mobil, terjun payung, dll.)				

Pertanyaan	Tertanggung		Pemegang Polis	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
6. Hanya untuk perempuan				
a. Apakah Anda sekarang sedang hamil? Jika YA, _____ bulan.				
b. Apakah ada gangguan menstruasi atau menstruasi tidak teratur?				
c. Tanggal terakhir menstruasi: _____				
d. Tanggal terakhir Anda melahirkan: _____				
Perincian jawaban YA, tulislah nomor pertanyaan, berikan diagnosis, tanggal, lamanya, serta nama & alamat dokter yang merawat.				

### PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

1. 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.
2. Saya dan Tertanggung setuju bahwa jawaban-jawaban pada formulir ini telah dijadikan dasar untuk pemulihan Polis.
3. Pemulihan Polis ini mulai berlaku sejak permohonan ini disetujui oleh Penanggung selama Tertanggung masih hidup serta layak asuransi dan premi yang diperlukan untuk pemulihan polis 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 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 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.

Ditandatangani di :

Tanggal :   -   -

Tertanggung

Pemegang Polis

\_\_\_\_\_  
(Tanda tangan dan Nama)

\_\_\_\_\_  
(Tanda tangan dan Nama)

Mengetahui  
Nama Tenaga Penjual : .....

Kode Tenaga Penjual : .....

Tanda Tangan Tenaga Penjual : .....

Data yang tertera di dalam formulir pengajuan ini merupakan milik PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia, seluruh Pegawai dan Tenaga Penjual diwajibkan menjaga keamanan data dan tidak dibenarkan untuk melakukan publikasi maupun penyebaran data diluar sepengetahuan dan perizinan dari PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia. Jika formulir ini diketahui tercecer maupun tidak tersimpan dalam kondisi aman, mohon untuk dapat memberitahukan ke PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia, melalui E-mail: pos\_admin@mandiriinhealth.co.id