

FORMULIR PEMULIHAN POLIS

Saya yang bertandatangan di bawah ini adalah Pemegang Polis dengan data sebagai berikut:

Nama Pemegang Polis : _____
 Nama Peserta : _____
 Nomor Polis : _____ No. Telp. [] [] [] [] - [] [] [] [] [] [] [] []

Mengajukan permintaan pemulihan polis tersebut diatas yang sekarang dalam keadaan lapse supaya berlaku kembali dan sebagai dasar dari pemulihan ini, Saya / Kami membuat pernyataan sebagai berikut :

Data Kesehatan & Hobi Peserta

1. Tuliskan nama & alamat dokter yang biasa/terakhir Anda kunjungi (wajib diisi). _____

2. A. Tinggi Badan [] [] [] cm B. Berat Badan [] [] [] kg

	Ya	Tidak	Penjelasan jika "Ya"
3. Apakah berat badan Anda mengalami perubahan dalam 12 bulan terakhir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Apakah Anda sedang atau pernah mengalami gejala-gejala, diperiksa, menderit, diagnosis, mendapatkan pengobatan, disarankan atau menjalani rawat inap, menjalani operasi, dianjurkan untuk mendapat nasehat medis, telah mendapat nasehat medis, atau dirujuk ke dokter spesialis, untuk kelainan:			
A. Mata: Katarak, fungsi penglihatan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
B. Telinga, Hidung, Tenggorokan dan Mulut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
C. Paru-paru: Batuk lama, TBC, bronchitis/radang saluran pernapasan, asma, batuk darah, sesak napas, gangguan sistem pernapasan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
D. Jantung dan pembuluh darah: tekanan darah tinggi, nyeri dada, sesak napas, jantung berdebar-debar atau tidak teratur, serangan jantung, penyempitan/penyumbatan, stroke, sakit jantung, varises, peredaran darah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
E. Organ Perut: Sakit kuning, batu empedu, sakit maag/tukak lambung, muntah darah, buang air besar berdarah, wasir, hernia, sering diare, penyakit pada limpa, kelainan usus, sakit hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
F. Sistem kemih dan kelamin: Batu, kencing nanah/darah, sakit prostat, sakit ginjal, sakit kandung kemih, sakit kelamin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
G. Sistem saraf: Kejang, epilepsi/ayam, lumpuh, pingsan, stroke, vertigo, gangguan mental/jiwa, kelainan saraf/otak lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
H. Sistem otot, tulang kulit: Amputasi, rematik, gangguan tulang belakang, patah tulang, polio, nyeri sendi, kelainan kulit, kista, tahi lalat yang membesar cepat, cacat anggota badan, menggunakan alat tubuh palsu, demam rematik, kelainan sendi atau tulang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
I. Sistem kelenjar dan darah: Gangguan hormon, gondok/tiroid, asam urat, kencing manis, pembesaran kelenjar getah bening, kolesterol, anemia, leukimia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
J. Sistem kekebalan dan infeksi: HIV, AIDS, malaria, lupus, alergi, penyakit menular seksual (sipilis atau gonorhea) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
K. Pertumbuhansel:Tumor,kanker,benjolan,kista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
L. Cacat bawaan atau kelainan bawaan baik fisik maupun mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
M. Tangan kidal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
N. Lain-lain yang tidak disebutkan diatas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Apakah dalam 5 tahun terakhir Anda pernah atau dianjurkan:			
A. Menjalani konsultasi/rawa tinap/rawat jalan/pembedahan/biopsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
B. Menjalani pemeriksaan laboratorium, rontgen, EKG, Treadmill, Echo, USG, CT Scan, MRI, dll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
C. Menjalani pengobatan ahli jiwa, radiasi kemoterapi, pengobatan tradisional, pengobatan alternatif?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
D. Mengalami keracunan/kecelakaan? Bila "Ya", jelaskan akibatnya!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
E. Menerima transfusi darah atau ditolak untuk didonor darah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
F. Menerima atau melakukan pada diri sendiri suntikan tanpa resep dokter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Pertanyaan khusus untuk Calon Tertanggung /Peserta Wanita:			
A. Apakah Anda pernah melakukan Pap Smear? Jika "Ya", kapan pemeriksannya dan bagaimana hasilnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

- B. Apakah saat ini Anda sedang hamil? Apabila usia kehamilan belum 7 bulan, mohon isi pertanyaan khusus kondisi kehamilan dan lampirkan fotokopi kartu kontrol kehamilan.
- C. Apakah Anda pernah melahirkan dengan cara operasi / sectio caesario?
- D. Apakah Anda pernah mengalami kesulitan/komplikasi saat hamil ataupun melahirkan? Jika "Ya", mohon Anda menjawab pertanyaan pada kolom dibawah ini:

1. Kapan dan bagaimana kondisi saat itu?
2. Nama dan Alamat lengkap Dokter yang merawat?
3. Sebutkan jenis perawatan yang diberikan!

7. Apakah anda mempunyai kebiasaan-kebiasaan dibawah ini:

- A. Merokok? Jika "Ya" Sebutkan berapa batang sehari ?

- B. Minum-minuman beralkohol? Jika "Ya", mohon sebutkan namanya, jumlah konsumsi perhari, dan berapa lama sudah mengkonsumsinya (jawab pada kolom dibawah ini) ?

Nama Minuman Alkohol :
Jumlah Konsumsi perhari
Berapa lama sudah mengkonsumsinya :

- C. Menggunakan narkotika / obat terlarang / obat penenang?

- Jika "Ya", mohon sebutkan nama obatnya, jumlah konsumsi perhari, dan berapa lama sudah mengkonsumsinya (jawab pada kolom dibawah ini)?

Nama narkotika / obat terlarang / obat penenang :
Jumlah Konsumsi perhari :
Berapa lama sudah mengkonsumsinya :

8. Apakah Anda sewaktu-waktu melakukan atau memiliki hobi yang berisiko tinggi (seperti balap mobil/motor, panjat tebing, mendaki gunung, terjun payung, olahraga air, paralayang, menyelam, berkuda, tinju, ski es, bungee jumping, dan sebagainya)? Jika "Ya", wajib mengisi form pertanyaan untuk hobi tersebut.

9. Apakah Anda mempunyai Polis atau sedang mengajukan polis asuransi di PT Capital Life Syariah ? Jika "Ya", sebutkan Nomor Polis, Jenis Asuransi, Santunan Asuransi / Manfaat, sedang berlaku, sedang diajukan, diterima standar / dikenakan ekstra premi / ditolak / ditangguhkan?

10. Apakah Anda mempunyai Polis atau sedang mengajukan polis asuransi di perusahaan Asuransi lain? Jika "Ya", sebutkan Nomor Polis, Jenis Asuransi, Santunan Asuransi / Manfaat, Sedang Berlaku, Sedang Diajukan, Diterima standar / Dikenakan ekstra premi / Ditolak / Ditangguhkan?

Hubungan Keluarga	Masih Hidup			Sudah Meninggal	
	Usia	Keadaan Kesehatan Sekarang		Usia	Penyebab meninggal dunia
		Sehat	Sakit (sebutkan nama penyakit)		
Ayah					
Ibu					
Suami/Istri					
Saudara kandung: orang					
Anak: orang					

PERNYATAAN (Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani Form Pernyataan Kesehatan ini)

1. Saya telah memberikan Pernyataan secara lengkap dan sebenar-benarnya terhadap seluruh pertanyaan yang diajukan oleh PT Capital Life Syariah. Saya menyatakan bahwa jawaban atas pertanyaan dalam formulir ini merupakan bagian dari Surat Pengajuan Asuransi Jiwa dan atau Kesehatan, apabila ternyata terdapat pernyataan saya yang tidak sesuai dengan fakta sesungguhnya, PT Capital Life Syariah berhak untuk membatalkan kontrak asuransi atau menolak membayarkan klaim manfaat asuransi serta ganti rugi apapun di kemudian hari, sesuai dengan pilihan Perusahaan.
2. Saya memberi kuasa kepada setiap Rumah Sakit / Klinik / Puskesmas / Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi / lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan saya, untuk mengungkapkan kepada PT Capital Life Syariah (jika diperlukan) atas semua informasi dan keterangan tentang catatan riwayat kesehatan saya tersebut.

Pemberian Kuasa ini merupakan hal yang tidak terpisahkan dari Surat Permohonan Asuransi Jiwa Syariah dan atau Kesehatan dan mengikat saya, Penerima Manfaat dan keluarga saya. Kuasa ini tidak dapat dicabut kembali dan tidak akan berakhir karena situasi yang dinyatakan dalam pasal 1813, 1814, 1816 KUH Perdata dan untuk itu tetap berlaku pada waktu saya masih hidup maupun sesudah saya meninggal. Salinan/ fotocopy dari surat kuasa ini sama sah dan berlaku sebagaimana dokumen aslinya.

Ditandatangani di : _____ , / /

Tanda tangan Calon Peserta

Tanda tangan Calon Pemegang Polis

Tanda Tangan dan Nama Jelas

Tanda Tangan dan Nama Jelas

Catatan : Bila Calon Peserta kurang dari 17 tahun, daftar pertanyaan ini diisi oleh Pemegang Polis/ Orang tua yang sah