

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	☐	☐	_____		
4. Apakah Anda sedang atau pernah mengalami gejala-gejala, diperiksa, menderita, 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?	☐	☐	_____		
B. Telinga, Hidung, Tenggorokan dan Mulut?	☐	☐	_____		
C. Paru-paru: Batuk lama, TBC, bronchitis/radang saluran pernapasan, asma, batuk darah, sesak napas, gangguan sistem pernapasan?	☐	☐	_____		
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?	☐	☐	_____		
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?	☐	☐	_____		
F. Sistem kemih dan kelamin: Batu, kencing nanah/darah, sakit prostat, sakit ginjal, sakit kandung kemih, sakit kelamin?	☐	☐	_____		
G. Sistem saraf: Kejang, epilepsi/ayan, lumpuh, pingsan, stroke, vertigo, gangguan mental/jiwa, kelainan saraf/otak lainnya?	☐	☐	_____		
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?	☐	☐	_____		
I. Sistem kelenjar dan darah: Gangguan hormon, gondok/tiroid, asam urat, kencing manis, pembesaran kelenjar getah bening, kolesterol, anemia, leukimia?	☐	☐	_____		
J. Sistem kekebalan dan infeksi: HIV, AIDS, malaria, lupus, alergi, penyakit menular seksual (sipilis atau gonorea)?	☐	☐	_____		
K. Pertumbuhan: Tumor, kanker, benjolan, kista?	☐	☐	_____		
L. Cacat bawaan atau kelainan bawaan baik fisik maupun mental?	☐	☐	_____		
M. Tangan kidal?	☐	☐	_____		
N. Lain-lain yang tidak disebutkan diatas?	☐	☐	_____		
5. Apakah dalam 5 tahun terakhir Anda pernah atau dianjurkan:					
A. Menjalani konsultasi/rawat jalan/pembedahan/biopsi?	☐	☐	_____		
B. Menjalani pemeriksaan laboratorium, rontgen, EKG, Treadmill, Echo, USG, CT Scan, MRI, dll?	☐	☐	_____		
C. Menjalani pengobatan ahli jiwa, radiasi kemoterapi, pengobatan tradisional, pengobatan alternatif?	☐	☐	_____		
D. Mengalami keracunan/kecelakaan? Bila "Ya", jelaskan akibatnya!	☐	☐	_____		
E. Menerima transfusi darah atau ditolak untuk didonor darah?	☐	☐	_____		
F. Menerima atau melakukan pada diri sendiri suntikan tanpa resep dokter?	☐	☐	_____		
6. Pertanyaan khusus untuk Calon Tertanggung /Peserta Wanita:					
A. Apakah Anda pernah melakukan Pap Smear? Jika "Ya", kapan pemeriksaannya dan bagaimana hasilnya	☐	☐	_____		

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 DAN KUASA PENGAJU KLAIM, PEMEGANG POLIS DAN PESERTA

Saya/Kami selaku setiap pihak yang menandatangani formulir SPAJS dan formulir lainnya (termasuk Pemegang Polis, Peserta, dan pihak lainnya) menyatakan:

- Saya menyatakan bahwa jawaban atas pertanyaan dalam formulir ini merupakan bagian dari Surat Pengajuan Asuransi Jiwa dan atau Kesehatan.
- Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami memiliki kewajiban untuk bertindak dengan itikad terbaik (utmost good faith) dalam setiap pengajuan pemulihan Polis. Oleh karena itu, Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami wajib
 - Mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta untuk selanjutnya disebut "informasi konsumen" yang dapat mempengaruhi pertimbangan PT Capital Life Syariah dalam menerima atau menolak pengajuan tersebut dan/atau menetapkan jumlah kontribusi.
 - Memberikan pernyataan yang benar mengenai hal-hal yang berkaitan dengan permohonan pemulihan Polis, baik pada saat pengajuan permohonan pemulihan Polis maupun selama berlakunya Polis.
- Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa semua informasi konsumen yang Saya/Kami berikan dalam formulir pemulihan Polis ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh PT Capital Life Syariah ("dokumen permohonan") sebagai bagian dari pengajuan pemulihan Polis adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada informasi konsumen yang Saya/Kami sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja. Apabila suatu informasi konsumen tersebut ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat suatu informasi konsumen yang Saya/Kami sembunyikan, dengan menandatangani formulir pemulihan Polis ini, Saya/Kami SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika PT Capital Life Syariah melakukan hal-hal berikut ini:
 - Menolak setiap klaim manfaat asuransi syariah yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian manfaat asuransi syariah;
 - Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi syariah/Polis dasar/asuransi syariah tambahan/Polis tambahan) dengan pengembalian kontribusi (atau biaya asuransi syariah dari asuransi syariah/Polis dasar/asuransi syariah tambahan/Polis tambahan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan, manfaat asuransi syariah yang telah dibayarkan dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
 - Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi syariah/Polis dasar/asuransi syariah tambahan/Polis tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan kontribusi dan/atau biaya asuransi syariah, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap informasi konsumen yang tercantum dalam dokumen permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu informasi konsumen yang sebenarnya dalam dokumen permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya/Kami juga menyetujui bahwa PT Capital Life Syariah hanya akan membayarkan nilai tunai (jika ada).
 - Melakukan penilaian ulang risiko (re-underwriting), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik asuransi syariah/Polis dasar/asuransi syariah tambahan/Polis tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan manfaat asuransi syariah, dan/atau menyesuaikan jumlah kontribusi atau biaya asuransi syariah yang harus dibayar; dan/atau
 - Menagih kekurangan kontribusi dan/atau biaya asuransi syariah dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (re-underwriting), jumlah kontribusi dan/atau biaya asuransi syariah yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. PT Capital Life Syariah juga berhak untuk melakukan penjumlahan (set-off) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan nilai tunai yang ada dalam Polis Saya dan/atau manfaat asuransi syariah yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya/Kami wajib membayarkan (jika ada) kekurangan kontribusi dan/atau biaya asuransi syariah.
 - Menagih kembali kepada Saya/Kami atas semua manfaat asuransi yang telah dibayarkan dan Saya/Kami wajib membayarkan kembali semua manfaat asuransi yang telah dibayarkan (jika ada)
- Sehubungan dengan hak PT Capital Life Syariah untuk membatalkan atau mengakhiri Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya/Kami dengan ini menegaskan bahwa:
 - Penandatanganan formulir pemulihan Polis ini oleh Saya/Kami merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh PT Capital Life Syariah jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 2; dan
 - Saya/Kami setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.
- Saya/Kami memberi kuasa kepada setiap rumah sakit/klinik/puskesmas/laboratorial, 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/Kami, Penerima Manfaat dan keluarga Saya/Kami. 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/Kami masih hidup maupun sesudah saya meninggal. Salinan/fotokopi 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