



**PERMINTAAN PEMULIHAN POLIS**

Nama Tertanggung / Pemegang Polis

Nomor Polis

gunakan formulir lain untuk pembayar (japabila dimohonkan)

Tinggi/Berat Badan  cm  kg Perurunan / penambahan berat badan dalam 12 (dua belas) bulan terakhir  kg

Terhitung sejak polis pertama diterbitkan sampai dengan permohonan ini diajukan apakah Bapak/Ibu :

1. Pernah atau sedang menderita suatu kelainan/gangguan kesehatan/keluhan/penyakit? .....  Ya  Tidak  
 Jika "YA", mohon dijelaskan secara detail .....

2. Pernah atau sedang berkonsultasi ke dokter/spesialis, di rawat dirumah sakit dan/atau dioperasi? Jelaskan nama dokter dan rumah sakit, alamat serta no. telepon (untuk jawaban "YA" yang berhubungan dengan pertanyaan No.1 ataupun tidak, mohon dijelaskan) .....  Ya  Tidak

3. Pernah atau disarankan melakukan pemeriksaan laboratorium, rontgen/foto sinar X (untuk paru-paru, saluran pencernaan, saluran kencing/ginjal, tongkorak) atau mengalami pemeriksaan khusus seperti test HIV, Hepatitis, USG (ultrasonografi), CT Scan, EKG (elektrokardiografi) atau EEG (elektroensefalografi) jika "YA" mohon dapat melampirkan hasilnya. ....  Ya  Tidak

4. Pernah atau sedang menggunakan obat-obatan tertentu atau menerima suntikan atau pengobatan radiasi (sinar X atau bahan radio aktif) secara berkala/rutin untuk waktu tertentu? (jika "YA" mohon jelaskan) .....  Ya  Tidak

5. Apakah saat ini sedang hamil? Jika "YA" apakah ada kelainan? Berapa tekanan darah? Berapa usia kehamilan saat ini? .....  Ya  Tidak

6. Olahraga/pelatihan atau aktivitas lainnya yang diikuti : .....

7. Dalam 12 (duabelas) bulan terakhir pernah mengkonsumsi/memakai hal dibawah ini

| Jenis        |  | Tanggal Mulai | Jumlah Konsumsi      | Tanggal Berhenti *) |
|--------------|--|---------------|----------------------|---------------------|
| alkohol      | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |               | .....                |                     |
| rokok/cerutu | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |               | ..... batang perhari |                     |
| narkoba      | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |               | .....                |                     |

\*) Jika sudah berhenti

8. Pernah mengajukan polis asuransi jiwa namun ditolak dan/atau diterima dengan syarat/ada pengecualian khusus/pemah ditolak permohonan pemulihan polisnya? .....  Ya  Tidak

9. Perubahan pekerjaan : (jika ada) .....

10. Kondisi/data kesehatan/data lainnya yang berubah sejak Surat Permintaan Asuransi yang pertama kali diajukan, adalah : (lain-lain yang tidak tercakup diatas) .....

**Pernyataan dan Surat Kuasa :**  
 Saya yang bertandatangan di bawah ini, bertindak selaku tertanggung dan atau pemegang polis, dengan ini menyatakan bahwa :

- Saya telah membaca dengan seksama seluruh pertanyaan dalam surat permintaan pemulihan polis ini dan mengisinya menurut keadaan yang sebenarnya.
- Saya memahami bahwa jawaban dan keterangan yang saya berikan dalam surat ini merupakan dasar pertanggung jawaban yang tidak terpisahkan dari polis.
- Apabila ternyata keterangan yang saya berikan tidak benar, tidak lengkap dan tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya, maka PT Commonwealth Life (penanggung) berhak membatalkan pertanggung jawaban tanpa berkewajiban mengembalikan uang premi yang telah dibayarkan.
- Pembayaran tunggakan premi beserta bunganya merupakan salah satu syarat yang harus dipenuhi sebelum permintaan pemulihan polis ini disetujui oleh PT Commonwealth Life
- Memahami dan menyetujui bahwa tidak ada jaminan/klaim yang dibayarkan untuk setiap perawatan/operasi/kematian dan manfaat lainnya yang terjadi atau diketahui dalam periode polis tidak aktif.
- Polis berlaku kembali setelah penanggung menyetujui Permintaan Pemulihan Polis dan menerima pembayaran premi dari tertanggung yang dibuktikan dengan Surat persetujuan pemulihan. \*) lihat catatan kaki.
- Apabila diperlukan, Tertanggung bersedia untuk menjalani pemeriksaan kesehatan atas biaya sendiri.
- Keterangan apapun yang saya berikan kepada konsultan penanggung diluar keterangan yang saya berikan dalam formulir ini, tidak mengikat penanggung.

Selanjutnya saya dengan ini memberi kuasa kepada penanggung atau wakilnya yang ditunjuk untuk meminta keterangan dan atau melakukan investigasi terhadap kondisi kesehatan saya-saya termasuk meminta catatan media saya serata hal-hal lain sehubungan dengan pertanggung jawaban ini kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan dan/atau, institusi atau perorangan yang mempunyai catatan dan/atau data lainnya.

Kuasa tersebut tidak dapat ditarik kembali oleh sebab apapun dengan mengesampingkan ketentuan-ketentuan hukum mengenai hak-hak istimewa pemberi kuasa, serta tidak akan hapus dengan meninggalnya pemberi kuasa.

Apabila kolom di atas tidak mencukupi mohon untuk menuliskannya dibelakang halaman ini.

|   |  |
|---|--|
| Jakarta, .....<br>Tertanggung / Pemegang Polis<br><br>( ..... ) ( ..... ) | Catatan Khusus (Untuk diisi oleh petugas kantor pusat) |
|---|--|