

# Formulir Pemulihan Polis

Mohon melengkapi pertanyaan di bawah ini dengan benar, lengkap dan akurat, serta melampirkan dokumen kelengkapan yang diminta. Jika terjadi salah pengisian, harap dicoret dan bubuhkan tanda tangan Pemegang Polis disebelahnya sesuai dengan SPAJ/Specimen tanda-tangan. Mohon tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong.

## A. Saya yang bertanda-tangan di bawah ini:

Nomor Polis

Nama Pemegang Polis

Jenis Kartu Identitas  KTP  SIM  Paspor  KITAS Berlaku s.d. (tgl/bln/thn)

No.Telepon Handphone  Kantor  Rumah:

Email

\*) Jika Pengajuan pada Formulir ini disetujui dan terdapat perbedaan alamat email dan no.telepon yang tertulis di Formulir ini dengan yang ada pada data kami, maka email dan no.telepon pada Formulir ini akan digunakan untuk memproses pengkinian data. Dengan mengisi email maka Pernyataan Transaksi Bulanan dan Tahunan atau laporan lainnya akan dialihkan kepada email yang tercantum di atas.

Apakah Anda Merupakan wajib pajak negara lain (selain Indonesia):  Ya  Tidak

(Jika Anda menjawab Ya, mohon mengisi formulir deklarasi diri)

## B. Saya mengajukan pemulihan Polis:

Nama Tertanggung/Pemegang Polis	Berat Badan	Tinggi Badan	Pekerjaan dan Uraian Pekerjaan
	<input type="text"/> Kg	<input type="text"/> Cm	
	<input type="text"/> Kg	<input type="text"/> Cm	

Pernyataan Kesehatan	Tertanggung		Pemegang Polis	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Apakah Anda pernah mengalami perubahan berat badan lebih dari 10 kg dalam 3 tahun terakhir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Apakah Anda pernah dianjurkan/menjalani/menunggu pemeriksaan laboratorium, rontgen (X-Ray) atau yang khusus, contoh MRI, ECG, USG, CT Scan, tes darah misalnya, kolesterol, gula darah, AIDS, hepatitis termasuk hepatitis B, C, anemia dll?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Apakah Anda pernah atau sedang dirawat inap di rumah sakit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Apakah pengajuan Asuransi Jiwa Anda pernah ditolak/dikenakan extra premi/ditangguhkan/ dikenakan pengecualian atau Polis lanjutannya dihentikan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Apakah Anda terlibat hobi/kegiatan beresiko tinggi? (penerbangan sebagai awak pesawat, terjun payung, mendaki gunung, menyelam, balap mobil/motor/kendaraan lainnya). Jika YA, mohon mengisi kuesioner sesuai hobi/kegiatan/pekerjaan tersebut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Khusus WANITA, apakah:				
a. Pernah hamil? Jika YA, kapan dan bagaimana kehamilannya?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Sedang hamil? Jika YA, usia kehamilan haid terakhir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Ada gangguan haid, pernah keguguran, kelainan saat bersalin? Jika YA Jelaskan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Apakah Anda pernah atau sedang menderita penyakit atau gejala-gejala selain yang disebutkan di atas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Apabila ada informasi lain yang belum dicantumkan pada pertanyaan di atas atau ada pertanyaan di atas yang di jawab YA, jelaskan dengan menggunakan Apa, Kapan, Dimana, Mengapa, Siapa, dan Bagaimana pada kotak di bawah ini: (Apabila jawaban melebihi kolom yang ada, mohon dapat dituliskan dalam Formulir Pernyataan Pemegang Polis)

## C. Pernyataan Pemegang Polis

- Saya telah membaca, mengerti dan menjawab seluruh Pertanyaan dalam Formulir ini beserta lampirannya sesuai kondisi sebenarnya, jujur, dan lengkap. Saya memahami bahwa jawaban dan keterangan itu merupakan bagian dari kontrak asuransi secara keseluruhan sepanjang hal itu berhubungan dengan Polis. Saya menyetujui bahwa apabila ada pernyataan dan jawaban di atas tidak benar, maka PT Zurich Topas Life ("Penanggung") berhak untuk membatalkan kontrak asuransi ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan Premi, membayar klaim manfaat asuransi serta ganti rugi apapun.
- Saya menyetujui bahwa Penanggung berhak sepenuhnya menyetujui atau menolak permohonan Pemulihan Polis.
- Saya bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan apabila diperlukan oleh Penanggung dan semua biaya yang timbul dari pemeriksaan kesehatan tersebut menjadi tanggungan Saya selaku Pemegang Polis.
- Saya tidak berhak mengajukan klaim apapun untuk kejadian yang terjadi sebelum tanggal dimana Polis ini dinyatakan diberlakukan kembali oleh Penanggung.
- Saya bersedia dikenakan masa tunggu yang berlaku kembali sejak Tanggal Pemulihan Polis ini disetujui.
- Apabila permohonan pemulihan Polis ini tidak disetujui oleh Penanggung atau Saya/kami tidak memenuhi syarat guna permohonan pemulihan Polis setelah 30 (tiga puluh) hari sejak formulir ini diterima oleh Penanggung, maka permohonan pemulihan Polis ini dibatalkan oleh Penanggung dan premi pemulihan Polis ini (bila ada) akan dikembalikan ke data rekening Pemegang Polis yang tercatat di Penanggung tanpa memberikan bunga apapun.
- Saya memberikan pembebasan sepenuhnya kepada Penanggung (termasuk afliasinya, pemegang saham, direksi, komisaris, tenaga pemasar dan karyawannya) dari segala tuntutan, gangguan, ancaman, laporan, dan gugatan dan dalam bentuk apapun yang mungkin timbul baik saat ini maupun di kemudian hari.
- Efektif 19 September 2022 untuk polis yang terbit setelah 14 Maret 2022 ada pilihan untuk masa tunggu :

Ya\*) \*] Medis sesuai Underwriting biaya sendiri

Tidak\*) \*] Wajib medis lengkap biaya sendiri

Ditanda-tangani di

Tanggal (tgl/bln/thn)

Tanda-tangan Pemegang Polis Sesuai SPAJ/Specimen Tanda-tangan

Nama lengkap

Tenaga Pemasar yang membantu

Nama

Cabang

No. Handphone

Email

Mohon sertakan dokumen kelengkapan sebagai berikut:

- Formulir yang diisi lengkap oleh Pemegang Polis
- Fotokopi kartu Identitas Diri Pemegang Polis, yang masih berlaku
- Fotokopi Slip Stor Pembayaran Seluruh Premi Pemulihan Polis
- Formulir Perubahan Polis (Non Financial)/Formulir Perubahan Pemegang Polis yang diisi oleh Pemegang Polis Jika ada Perubahan

Diterima dan diverifikasi oleh:	Diproses oleh:	Diperiksa oleh:
Nama/Tanggal:	Nama/Tanggal:	Nama/Tanggal: