

Petunjuk Pengisian :

1. Diisi dengan menggunakan ballpoint dan huruf cetak yang jelas
2. Jika terjadi kesalahan penulisan, jangan dihapus/di tip ex tetapi coret dan bubuhkan tanda tangan Pemegang Polis disampingnya sesuai identitas yang dilampirkan.
3. Untuk mempercepat proses pemulihan Polis, wajib mengisi Formulir ini secara lengkap dengan menyertakan seluruh persyaratan yang tertera pada Formulir ini.
4. Mohon tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi dengan lengkap dan benar sebelum menandatangani.



SURAT PERMINTAAN PEMULIHAN POLIS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama Pemegang Polis : _____

Nomor Polis : _____

Alamat sekarang : _____

No. Telepon/HP : _____

E mail : _____

Dengan ini mengajukan permintaan Pemulihan Polis atas diri Tertanggung :

Isi dan berikan tanda pada kotak , sesuai dengan yang diinginkan

DATA TERTANGGUNG *			
* Jika memiliki asuransi tambahan Spouse untuk Suami/Istri atau Payor Waiver Untuk Orang Tua/Anak agar dilengkapi isian Pertanyaan Kesehatan Tertanggung Tambahan I atau Tertanggung Tambahan II, Jika TIDAK agar diisi Pertanyaan Kesehatan Tertanggung Utama saja.			
	<u>Tertanggung Utama</u>	<u>Tertanggung Tambahan I</u>	<u>Tertanggung Tambahan II</u>
Nama Lengkap			
Tanggal Lahir	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan Saat Ini			
PERTANYAAN KESEHATAN			
1. Tinggi Badan / Berat Badan	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg
2. Apakah Anda pada saat ini dalam keadaan sehat ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
3. Apakah Anda merokok	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Bila "Ya" agar diisi keterangan sbb :batang sehari, sejak batang sehari, sejak batang sehari, sejak
4. Apakah Anda memiliki hobby atau sewaktu-waktu melakukan kegiatan beresiko tinggi sampai sekarang seperti dibawah ini : Menyelam, balap motor, mendaki gunung/panjat tebing, terjun payung/terbang layang, pertambangan, kelautan, penerbangan lain yg bukan penerbangan rutin/teratur? Bila "Ya" jelaskan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
5. Apakah Anda sedang/pernah menderita/pernah diberitahu dlm konsultasi/perawatan/pengobatan/pengawasan medis sehubungan dgn salah satu penyakit/gangguan/gejala sbb :			
a. fungsi otak, stroke, saraf, mental, kejiwaan, epilepsi/ayan ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
b. Menyandang cacat badan atau fisik ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
c. Penyakit telinga, hidung, tenggorok, pendengaran, penglihatan ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
d. Jantung, kelainan darah dan/atau pembuluh darah, tekanan darah tinggi dan tekanan darah rendah ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
e. Paru-paru, asma dan/atau saluran pernafasan, TBC ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
f. Hati, empedu, limpa, lambung, usus, hernia, wasir atau saluran pencernaan lainnya	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
g. Ginjal dan/atau saluran urine, prostat ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
h. Diabetes, gondok atau tiroid, pankreas ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
i. Tumor, Kanker, HIV, atau AIDS	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
j. Kelainan bawaan atau penyakit keturunan ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

