

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN TERTANGGUNG DAN PEMEGANG POLIS

Kami yang bertanda tangan dibawah ini :

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

Pekerjaan saat ini :

Nama Tertanggung :

Pekerjaan saat ini :

No. Telp Kantor : - No. HP : - (Wajib Diisi)

No. Telp Rumah : - E-Mail :

* No HP yang tertera akan menjadi data terbaru bagi PT. A.J Sequis Financial untuk keperluan Konfirmasi dan pengiriman sms

Dengan ini mengajukan permintaan : Upgrade Rider _____ Kenaikan Uang Pertanggungan

Penambahan Rider _____ Lainnya _____

Dan atas dasar dari permintaan tersebut, kami membuat pernyataan kesehatan sebagai berikut :

(Kolom Pemegang Polis wajib diisi apabila Pemegang Polis mengambil Rider PBR, PBDD, FIRP, FIDDP)

Berikan tanda silang (x) pada bagian sebelah kanan. Bila jawaban "Ya" harap berikan keterangan lengkap pada "Penjelasan Jawaban" dibawah ini dengan mencantumkan nomor pertanyaan didepannya.
(Khusus untuk pertanyaan No. 2 dan 7)

	Tertanggung		Pemegang Polis	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. a. Apakah Tertanggung / Pemegang Polis sekarang dalam keadaan sehat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jelaskan Berat Badan saat ini : <input type="text"/> Kg Tertanggung <input type="text"/> Kg Pemegang Polis				
c. Jelaskan Tinggi Badan saat ini : <input type="text"/> Cm Tertanggung <input type="text"/> Cm Pemegang Polis				
d. Pernahkah Tertanggung / Pemegang Polis ditolak / ditangguhkan / diterima dengan tambahan premi dan atau pengecualian dalam mengajukan permintaan atau pemulihan kembali asuransi jiwa, penyakit kritis, kesehatan atau kecacatan pada PT. Asuransi Jiwa Sequis Financial atau pada asuransi lain? Jika Ya, sebutkan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sejak Polis tersebut di atas berlaku apakah Tertanggung / Pemegang Polis :				
a. Pernah / sedang berkonsultasi dengan dokter, dirawat di Rumah Sakit, menjalani atau dianjurkan operasi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pernah / sedang dianjurkan oleh dokter melakukan pemeriksaan kesehatan diagnostik, check up seperti : Sinar X, MRI, USG, CT Scan, ECG, Treadmill, Darah , Urine atau pemeriksaan laboratorium lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Apakah Tertanggung / Pemegang Polis pernah mengalami kecelakaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Apakah Tertanggung / Pemegang Polis menderita cacat atau kelainan fisik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Apakah Tertanggung / Pemegang Polis mempunyai kebiasaan :				
a. Merokok? Jika Ya, berapa batang dalam sehari? Tertanggung : <input type="text"/> Batang Pemegang Polis : <input type="text"/> Batang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Menggunakan obat bius / narkotik, obat / zat terlarang? Jika Ya, sebutkan jenisnya _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Minum alkohol? Jika Ya, berapa banyak gelas / botol per-hari atau per-minggu dan apa jenisnya?				
Tertanggung : Jenis _____ <input type="text"/> Gelas / Botol per-hari / per-minggu *) <i>Lingkari</i>				
Pemegang polis : Jenis _____ <input type="text"/> Gelas / Botol per-hari / per-minggu *) <i>Lingkari</i>				
4. Apakah Tertanggung / Pemegang Polis bermaksud atau sedang mengikuti olah raga / kegiatan beresiko tinggi seperti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Olahraga Air <input type="checkbox"/> Mendaki Gunung <input type="checkbox"/> Balapan <input type="checkbox"/> Menelusuri Goa				
<input type="checkbox"/> Olahraga Dirgantara <input type="checkbox"/> Beladiri <input type="checkbox"/> Bungee Jumping <input type="checkbox"/> Lainnya _____				
Jika Ya, mohon mengisi kuesioner khusus Hobi				
5. Apakah Tertanggung / Pemegang Polis melakukan perubahan pekerjaan selama Polis Asuransi Jiwa berjalan ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika Ya, mohon mengisi surat keterangan pekerjaan				
6. <u>Khusus untuk Wanita</u>				
a. Apakah Anda sekarang sedang hamil? Bila Ya, <input type="checkbox"/> Bulan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Apakah ada gangguan menstruasi, kelainan pada payudara, atau alat kandungan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. a. Apakah Tertanggung / Pemegang Polis pernah atau bermaksud untuk konsultasi atau melakukan pengobatan yang berhubungan dengan AIDS, kompleks gejala yang berhubungan dengan penyakit kelainan atau AIDS (AIDS Related Complex)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Apakah Tertanggung / Pemegang Polis pernah diberitahu atau mendapat hasil positif untuk pemeriksaan darah / antibodi virus AIDS (HIV) atau kelamin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Penjelasan jawaban No. 1d diatas :

Nomor Polis / SPA	Mulai Kontrak	Macam Asuransi (Plan)	Uang Pertanggungan	Keterangan

Penjelasan jawaban "Ya" diatas, mohon dapat dijelaskan pada kolom dibawah ini sesuai dengan nomor pertanyaan (khusus untuk pertanyaan no. 2 dan 7) dilengkapi dengan diagnosa, tanggal, lamanya dan nama dokter yang merawat).

Kami menyetujui bahwa berdasarkan pertimbangan, PT. Asuransi Jiwa Sequis Financial :

- a. dapat meminta Tertanggung dan atau Pemegang Polis untuk melakukan pemeriksaan kesehatan, dan atau
- b. mengenakan tambahan premi, dan atau
- c. memberlakukan hal-hal yang tidak dijamin sebagai pengecualian, dan atau
- d. menolak permintaan perubahan polis ini.

Demikian pernyataan tersebut diatas dibuat dengan lengkap dan benar serta dapat dipertanggung jawabkan. Apabila kemudian diketahui bahwa keterangan-keterangan diatas ternyata tidak benar, maka PT. Asuransi Jiwa Sequis Financial berhak untuk membatalkan Perubahan Polis yang telah disetujui dan membebaskan PT. Asuransi Jiwa Sequis Financial dari segala bentuk tuntutan hukum dan gugatan ataupun klaim dari pihak manapun juga.

Ditandatangani di : _____, Tanggal _____

Pemegang Polis

Tertanggung

(_____)
Nama Jelas

(_____)
Nama Jelas

Diterima dan Diperiksa oleh,
Kantor Pemasaran/RSC/NSC _____

(_____)
Nama Jelas
CSO/OM/PIC