



FORMULIR PEMULIHAN POLIS (REINSTATEMENT)

PT ASURANSI JIWA SYARIAH AMANAHJIWA GIRI ARTHA

BISMILLAHIRRAHMANIRROHIM

-Isi dengan tinta **HITAM**, huruf **CETAK**, tidak keluar kotak, jelas, coret yg tidak perlu *) dan memberikan tanda (**√**) pada kotak jawaban yang sesuai
-Jika pengisian salah, harap dicoret dan ditandatangani (bukan paraf) oleh PESERTA atau WAKIL PESERTA (**Jangan menggunakan tip ex**)

Tanggal Pengajuan	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Nomor Polis	<input type="text"/>
Peserta (Pemegang Polis)	<input type="text"/>
Tanggal Pembayaran	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Jumlah Pembayaran	<input type="checkbox"/> Rp <input type="checkbox"/> USD <input type="text"/>

DATA PIHAK YANG DIASURANSIKAN

Nama Lengkap	<input type="text"/>
Tempat & Tanggal Lahir	<input type="text"/> , <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Pekerjaan / Jabatan	<input type="text"/>

DATA KESEHATAN DAN HOBI

Tinggi Badan	<input type="text"/> cm	Berat Badan	<input type="text"/> kg			
				Ya	Tidak	Jika "Ya" Jelaskan!
Sejak tanggal Polis dinyatakan lapse :						
1. Apakah Anda pernah berkonsultasi dengan dokter umum/spesialis termasuk melakukan pemeriksaan laboratorium/radiologis? Jika Ya, sebutkan dokter pemeriksa, kapan dan alasan pemeriksaan, diagnosa dan pemeriksaan yang dilakukan dan bagaimana hasil dan kondisinya saat ini. (Jika ada, mohon lampirkan fotokopi hasil pemeriksaan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2. Apakah Anda pernah atau sedang dirawat inap di rumah sakit? Jika Ya, sebutkan nama dokter dan rumah sakit tempat Anda dirawat, kapan dan alasan mengapa Anda dirawat, jenis pengobatan, dan apakah masih menjalani perawatan/pengobatan sampai sekarang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3. Apakah Anda pernah mengalami kecelakaan atau cacat jasmani? Jika Ya, mohon dijelaskan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4. Apakah ada penyakit atau kondisi medis lainnya yang mungkin perlu pengobatan, yang belum tercakup di pertanyaan no.1 s/d 3? Jika Ya, mohon dijelaskan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5. Apakah Anda memiliki hobi atau sewaktu-waktu melakukan kegiatan yang berisiko tinggi atau Anda masih aktif dalam pekerjaan berisiko tinggi yang disebutkan berikut ini : Menyelam, Olahraga Air selain Menyelam, Caving & Patholing, Terjun Payung, Paralayang, Panjat Tebing/Mendaki Gunung, Microlighting, Balap motor/mobil, Penerbangan, MInyal dan Gas Bumi, Pertambangan, Angkatan Bersenjata, Nelayan, Kelautan. Jika Ya, tuliskan di bawah dan mohon mengisi kuesioner sesuai hobi/kegiatan /pekerjaan tersebut						

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

(Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani SPAJS ini)

Dengan ini saya menyatakan dan menyetujui bahwa :

1. Saya telah membaca dan memberikan jawaban serta keterangan yang sebenarnya atas pertanyaan-pertanyaan dalam Formulir pengajuan ini dan memahami bahwa jawaban serta keterangan tersebut merupakan dasar asuransi dan tidak terpisahkan dari Polis Asuransi.
2. Semua keterangan dalam Formulir pengajuan ini saya berikan dengan benar. Apabila di antara keterangan ada yang tidak benar atau terdapat hal yang saya sembunyikan, maka Perusahaan berhak membatalkan perjanjian asuransi yang telah berjalan dan tidak wajib membayarkan klaim yang timbul atas dasar perjanjian asuransi ini.
3. Pemulihan Polis akan melalui proses underwriting dan akan mengikuti prosedur underwriting dimana terdapat kemungkinan untuk diminta melakukan pemeriksaan kesehatan atau persyaratan lainnya.
4. Apabila ternyata saya atau Pihak Yang Diasuransikan melakukan pemeriksaan kesehatan atau mengajukan klaim sebelum pemulihan Polis disetujui tanpa adanya pemberitahuan ke Perusahaan, dimana hasil pemeriksaan atau data pada klaim tersebut dapat mempengaruhi/mengubah keputusan underwriting, maka pengajuan pemulihan Polis akan ditinjau ulang oleh Perusahaan dan penilaian ulang tersebut dapat menyebabkan pembatalan pengajuan pemulihan Polis atau pembatalan Polis.
5. Saya telah melunasi seluruh Premi/Kontribusi tertunggak sebagai syarat dan ketentuan diprosesnya pengajuan pemulih Polis ini. Dan apabila pengajuan ini disetujui, maka saya memahami dan bersedia akan dikenakan masa tunggu atas Polis saya yang berlaku kembali sejak tanggal pemulihan tersebut.
6. Memberikan dan menerima kuasa yang tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan kepada dokter, klinik laboratorium, rumah sakit, perusahaan asuransi, instansi lain atau perorangan yang mempunyai catatan/keterangan tentang diri saya berhubungan dengan riwayat kesehatan, penyakit atau perawatan saya untuk diberikan kepada Pengelola (PT Asuransi Jiwa Syariah Amanahjiwa Giri Artha) atau petugas yang ditunjuk oleh Pengelola. Surat kuasa ini tidak berakhir dengan sebab apapun, termasuk meninggalnya saya. Salinan Surat Kuasa ini berlaku sama kuatnya dengan aslinya.

Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya formulir ini dalam keadaan kosong/belum terisi lengkap merupakan tanggung jawab Peserta/Pemegang Polis

tanda tangan PIHAK YANG DIASURANSIKAN

tanda tangan Peserta

Nama Jelas

Nama Jelas