

Saya/Kami ("Tertanggung") yang bertandatangan di bawah ini adalah Pemegang Polis PT. Hanwha Life Insurance Indonesia ("Penanggung") dengan data sebagai berikut :

Nomor Polis

Nama Pemegang Polis

Alamat

Jalan Rt Rw

Kelurahan Kecamatan

Kota Kode Pos

No Tlp

Rumah - HP -

DIISI DENGAN HURUF CETAK DAN DILENGKAPI DENGAN MEMBERIKAN TANDA ✓ PADA KOTAK YANG TERSEDIA

Data Tertanggung	Nama Tertanggung	Pekerjaan Tertanggung	Uraian Pekerjaan Tertanggung
Tertanggung Utama (TU)			
Tertanggung Tambahan 1 (TU1)			
Tertanggung Tambahan 2 (TU2)			
Tertanggung Tambahan 3 (TU3)			
Tertanggung Tambahan 4 (TU4)			

Data kesehatan & Hobi Tertanggung / Peserta

Calon Tertanggung harus menjawab semua pertanyaan dalam Formulir Pemulihan Polis ini yang menyangkut pertanyaan kesehatan yang diajukan oleh Penanggung atau Pemeriksa Kesehatan secara lengkap dan jujur. Jawablah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan memberikan tanda "✓" jika "YA" atau tanda "X" jika "TIDAK", pada kolom yang tersedia.

	TTU	TT1	TT	TT3	TT4
1 Tuliskan nama & alamat dokter yang biasa terakhir Anda kunjungi (wajib diisi)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 A. Tinggi Badan	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm
B. Berat Badan	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg
3. Apakah berat badan Anda mengalami perubahan dalam 12 bulan terakhir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Apakah Anda sedang atau pernah mengalami gejala gejala, diperiksa, menderita, di diagnosis, mendapatkan pengobatan, disarankan atau menjalani rawat inap, menjalani operasi, dianjurkan untuk mendapat nasehat medis, telah mendapat nasehat medis, atau dirujuk ke dokter spesialis, untuk kelainan :					
A. Mata: Katarak, fungsi penglihatan?	4A. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Telinga, Hidung, Tenggorokan dan Mulut?	4B. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Paru paru: Batuk lama, TBC, bronchitis/radang saluran pernapasan, asma, batuk darah, sesak nafas, gangguan sistem pernafasan?	4C. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Jantung dan pembuluh darah: tekanan darah tinggi, nyeri dada, sesak napas, jantung berdebar debar atau tidak teratur, serangan jantung, penyempitan/penyumbatan, stroke, sakit jantung, varises, peredaran darah?	4D. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Organ Perut: Sakit kuning, batu empedu, sakit maag/tukak lambung, muntah darah, buang air besar berdarah, wasir, hernia, sering diare, penyakit pada limpa, kelainan usus, sakit hepatitis?	4E. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Sistem kemih dan kelamin: Batu, kencing nanah/darah, sakit prostat, sakit ginjal, sakit kandung kemih, sakit kelamin?	4F. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Sistem syaraf: Kejang, epilepsi/ayan, lumpuh, pingsan, stroke, vertigo, gangguan mental/jiwa, kelainan syaraf/otak lainnya?	4G. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Sistem Otot, tulang kulit: Amputasi, rematik, gangguan tulang belakang, patah tulang, polio, nyeri sendi, kelainan kulit, kista, tahi lalat yang membesar cepat, cacat anggota badan, menggunakan alat tubuh palsu, demam rematik, kelainan sendi atau tulang?	4H. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Sistem kelenjar dan darah: Gangguan hormon, gondok/tiroid, asam urat, kencing manis, pembesaran kelenjar getah bening, kolesterol, anemia, leukimia?	4I. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Sistem kekebalan dan infeksi: HIV, AIDS, malaria, lupus, alergi, penyakit menular sexual (sipilis atau gonorea)?	4J. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Pertumbuhan sel: Tumor, kanker, benjolan, kista?	4K. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Cacat bawaan atau kelainan bawaan baik fisik maupun mental?	4L. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Tangan kidal?	4M. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Lain-lain yang tidak disebutkan diatas?	4N. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Apakah dalam 5 tahun terakhir Anda pernah atau dianjurkan:
- A. Menjalani konsultasi/rawat inap/rawat jalan/pembedahan/biopsi? 5A.
- B. Menjalani pemeriksaan laboratorium,rotgen, EKG, Treadmill, Echo, USG, CT scan, MRI, dll? 5B.
- C. Menjalani pengobatan ahli jiwa, radiasi kemoterapi, pengobatan tradisional, pengobatan alternatif? 5C.
- D. Mengalami keracunan/kecelakaan? Bila "Ya", Jelaskan akibatnya? 5D.
- E. Menerima transfusi darah atau ditolak untuk didonor darah? 5E.
- F. Menerima atau melakukan pada diri sendiri suntikan tanpa resep dokter? 5F.
6. Pertanyaan khusus untuk Calon Tertanggung /Peserta Wanita:
- A. Apakah Anda pernah melakukan Pap Smear? Jika "Ya", kapan pemeriksaannya dan bagaimana hasilnya (jawab pada kolom dibawah ini) 6A.
- B. Apakah saat ini Anda sedang hamil? Apabila usia kehamilan belum 7 bulan, mohon isi pertanyaan khusus kondisi kehamilan dan lampirkan fotokopi kartu kontrol kehamilan. 6B.
- C. Apakah Anda pernah melahirkan dengan cara operasi/sectio caesario? 6C.
- D. Apakah Anda pernah mengalami kesulitan/komplikasi saat hamil ataupun melahirkan?Jika"Ya", mohon Anda menjawab pertanyaan pada kolom dibawah ini: 6D.
1. Kapan dan bagaimana kondisi saat itu?
2. Nama dan alamat lengkap dokter yang merawat?
3. Sebutkan jenis perawatan yang diberikan?
7. Apakah anda mempunyai kebiasaan-kebiasaan dibawah ini:
- A. Merokok? 7A.
- B. Minum-minuman beralkohol?Jika "Ya", mohon sebutkan namanya, jumlah konsumsi perhari,dan berapa lama sudah mengkonsumsinya (jawab pada kolom dibawah ini)? 7B.
- C. Menggunakan narkotika/obat terlarang/obat penenang? Jika "Ya", mohon sebutkan nama obatnya, jumlah konsumsi perhari, dan berapa lama sudah mengkonsumsinya (jawab pada kolom dibawah ini)? 7C.
8. Apakah Anda sewaktu-waktu melakukan atau memiliki hobi yang berisiko tinggi (seperti balap mobil/motor, panjat tebing, mendaki gunung, terjun payung, olahraga air, paralayang, menyelam, berkuda, tinju, ski es, bungee jumping, dan sebagainya)?Jika "Ya", wajib mengisi form pertanyaan untuk hobi tersebut. 8A.
9. Apakah Anda mempunyai Polis atau sedang mengajukan polis asuransi di PT Hanwha Life Insurance Indonesia?Jika "Ya", sebutkan Nomor Polis, jenis Asuransi, uang Pertanggungan/Manfaat, sedang berlaku, sedang diajukan, diterima standar/dikenakan ekstra premi/ditolak/ditangguhkan? 9A.
10. Apakah Anda mempunyai Polis atau sedang mengajukan polis asuransi di perusahaan Asuransi lain?Jika "Ya", sebutkan Nomor Polis, Jenis Asuransi,Uang Pertanggungan/Manfaat, Sedang Berlaku, Diterima standar/dikenakan ekstra premi/ditolak/ditangguhkan 10A.
11. Keterangan Keluarga

Hubungan Keluarga	Masih Hidup			Sudah Meninggal	
	Usia	Keadaan Kesehatan Sekarang		Usia	Penyebab meninggal dunia
		Sehat	Sakit (sebutkan nama penyakit)		
Ayah					
Ibu					
Suami/Istri					
Saudara Kandung:	Orang				
Anak:	Orang				

PERNYATAAN (Harap di baca dengan teliti sebelum menandatangani Form Pernyataan Kesehatan ini)

- Saya/kami telah memberikan Pernyataan secara lengkap dan sebenar-benarnya terhadap seluruh pertanyaan yang diajukan oleh PT Hanwha Life Insurance Indonesia. Saya menyatakan bahwa jawaban atas pertanyaan dalam formulir ini merupakan bagian dari Surat Pengajuan Asuransi Jiwa dan atau Kesehatan, apabila ternyata terdapat pernyataan saya yang tidak sesuai dengan fakta sesungguhnya, PT Hanwha Life Insurance Indonesia berhak untuk membatalkan kontrak asuransi atau menolak membatalkan klaim manfaat asuransi serta ganti rugi apapun dikemudian hari, sesuai dengan pilihan Perusahaan
- Saya/Kami memberi kuasa kepada setiap Rumah Sakit / Klinik / Puskesmas / Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi / lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan saya, untuk mengungkapkan kepada PT Hanwha Life Insurance Indonesia (Jika diperlukan) atas semua informasi dan keterangan tentang catatan riwayat kesehatan saya tersebut, Pemberian Kuasa ini merupakan hal yang tidak terpisahkan dari Surat Pengajuan Asuransi Jiwa dan atau kesehatan dan mengikat saya, ahli waris dan keluarga saya, Kuasa ini tidak dapat dicabut kembali dan tidak akan berakhir karena situasi yang dinyatakan dalam pasal 1813, 1814, 1816 KUH Perdata dan untuk itu tetap berlaku pada waktu saya masih hidup maupun sesudah saya meninggal. Salinan/fotocopy dari surat kuasa ini sama sah dan berlaku sebagaimana dokumen aslinya.

Ditandatangani di : _____, _____ Tgl/ _____ Bln/ _____ Thn

Tanda tangan dan nama lengkap Pemegang Polis	Tanda tangan dan nama lengkap Tertanggung Utama	Tanda tangan dan nama lengkap Tertanggung Tambahan I	Tanda tangan dan nama lengkap Tertanggung Tambahan II	Tanda tangan dan nama lengkap Tertanggung Tambahan III	Tanda tangan dan nama lengkap Tertanggung Tambahan IV	Tanda tangan dan nama lengkap Agen/Tenaga Pemasar
--	---	--	---	--	---	---

Catatan : Bila Tertanggung / Peserta kurang dari 18 tahun, tanda tangan dan nama lengkap diisi oleh Pemegang Polis / Orang tua yang sah