

FORMULIR PEMULIHAN POLIS ASURANSI (Produk DMTM)

Perlu diperhatikan:

1. Formulir Pemulihan Polis Asuransi ini wajib diisi oleh Pemegang Polis dengan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberi tanda (√) pada kotak sesuai pilihan.
2. Memastikan Formulir Pemulihan Polis Asuransi ini telah diisi dengan lengkap, benar dan jelas sebelum ditandatangani.
3. Wajib menandatangani setiap koreksi penulisan (jika ada).
4. Untuk proses pengajuan Pemulihan Polis Asuransi, mohon Pemegang Polis melengkapi seluruh persyaratan dokumen dan menyerahkan ke Kantor Pusat PT Asuransi Jiwa BCA ("Penanggung"), sebagai berikut:
 - a. Formulir Pemulihan Polis Asuransi asli;
 - b. Fotokopi Identitas Diri yaitu KTP untuk WNI, Paspor & KITAS/KITAP untuk WNA;
 - c. Dokumen pendukung lainnya (jika diperlukan).

I. DATA POLIS ASURANSI

Nomor Polis Asuransi:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nama Lengkap Pemegang Polis: (Sesuai Identitas Diri yang dilampirkan)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Alamat Lengkap Pemegang Polis: (Sesuai Identitas Diri yang dilampirkan)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Alamat Korespondensi Pemegang Polis: (Jika berbeda Identitas Diri yang dilampirkan)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nomor Telepon:	<input style="width: 50%;" type="text"/> Email: <input style="width: 50%;" type="text"/>

Jika data alamat, nomor telepon dan email tersebut diatas berbeda dengan data pada Penanggung, Saya setuju di Polis Asuransi menggunakan data yang tercantum pada formulir ini: Ya Tidak

Bila jawaban "Tidak", maka data alamat, nomor telepon dan email tetap mempergunakan data terakhir yang telah disetujui oleh Penanggung.

II. DATA TERTANGGUNG

Nama Lengkap:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Tempat Lahir:	<input style="width: 50%;" type="text"/>	Tanggal Lahir:	<input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/> / <input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/> / <input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/>
Jenis Kelamin:	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan		

No	Pernyataan Kesehatan Tertanggung	Ya	Tidak
1.	Apakah Anda saat ini dalam keadaan cacat / tidak mampu, dikarenakan oleh penyakit, cedera atau hal-hal lainnya yang menghalangi Anda untuk sama sekali tidak dapat melakukan tugas atau pekerjaan Anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Apakah dalam tahun-tahun terakhir ini Anda pernah mendapatkan perawatan untuk tekanan darah tinggi, stroke, gangguan jantung, kencing manis, kanker, nyeri dada atau pengobatan lain yang dianjurkan oleh Dokter atau praktik kesehatan lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Apakah dalam 2 (dua) bulan terakhir ini Anda pernah mendapatkan perawatan atau dianjurkan untuk rawat di Rumah Sakit atau fasilitas-fasilitas medis lainnya atau pernahkah menjalani atau dianjurkan untuk menjalani suatu pembedahan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No.	Kolom Penjelasan jawaban "Ya" untuk seluruh pertanyaan pada bagian Data Kesehatan (Siapa, Apa, Kapan, Bagaimana, Dimana, Pengobatan yang dilakukan)

Catatan: Apabila diperlukan dapat memberikan keterangan pada lembar tambahan. Lembar tambahan tersebut harus ditandatangani oleh Pemegang Polis dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari pengajuan ini.

KETENTUAN PEMULIHAN POLIS ASURANSI

Saya Pemegang Polis memahami dan sudah mempertimbangkan risiko yang akan terjadi akibat Pemulihan Polis Asuransi serta menyetujui dan bersedia mentaati ketentuan yang berlaku, sebagai berikut:

1. Tanda tangan Pemegang Polis harus sama dengan spesimen tanda tangan yang terdapat pada Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ) atau Formulir Perubahan Tanda Tangan (jika pernah mengajukan perubahan tanda tangan) yang terakhir diajukan dan telah disetujui oleh Penanggung.
2. Pemegang Polis wajib melakukan pelunasan Premi yang tertunggak, yang timbul sehubungan dengan Pemulihan Polis Asuransi.
3. Apabila pernyataan dan /atau dokumen pengajuan Pemulihan Polis Asuransi yang diterima oleh Penanggung tidak lengkap dan /atau tidak benar, maka pengajuan Pemulihan Polis Asuransi akan ditunda. Pengajuan akan diproses setelah kelengkapan dokumen terakhir diterima oleh Penanggung. Jika dalam 30 (tiga puluh) Hari Kalender kelengkapan dokumen tidak diterima maka Penanggung dapat membatalkan pengajuan Pemulihan Polis Asuransi.
4. Tanggal Formulir Pemulihan Polis Asuransi ditandatangani sampai dengan Formulir Pemulihan Polis Asuransi diterima oleh Kantor Pusat Penanggung adalah tidak lebih dari 30 (tiga puluh) Hari Kalender. Apabila tanggal Formulir Pemulihan Polis Asuransi ditandatangani lebih dari 30 (tiga puluh) Hari Kalender, maka pengajuan Pemulihan Polis Asuransi tidak dapat diproses dan Pemegang Polis dapat mengajukan ulang Formulir Pemulihan Polis Asuransi baru beserta kelengkapan dokumen pendukung lainnya.
5. Semua jawaban dan keterangan di atas merupakan dasar dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari pengajuan Pemulihan Polis Asuransi. Saya/Kami menyetujui bahwa apabila terdapat keterangan, pernyataan atau pemberitahuan yang disampaikan keliru dan /atau tidak benar, maka Penanggung berhak membatalkan Polis Asuransi sesuai dengan ketentuan yang terdapat dalam Polis Asuransi.
6. Sejak tanggal Pemulihan Polis Asuransi disetujui oleh Penanggung, maka Pertanggungansian Polis Asuransi berlaku kembali dan Penanggung dibebaskan dari segala tanggung jawab, kerugian, sanksi, maupun tuntutan hukum dalam bentuk apapun dan dari manapun dikemudian hari.

Ditandatangani di:

Tanggal: / / (dd/mm/yyyy)

(_____)

Nama Lengkap & Tanda tangan
Pemegang Polis