

## FORMULIR PEMULIHAN POLIS ASURANSI BCA Life Perlindungan Kesehatan Ultima

**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:

Nama Lengkap Pemegang Polis:  
(Sesuai Identitas Diri yang dilampirkan)

Alamat Lengkap Pemegang Polis:  
(Sesuai Identitas Diri yang dilampirkan)

Alamat Korespondensi  
Pemegang Polis:  
(Jika berbeda Identitas Diri yang dilampirkan)

Nomor Telepon:

Email:

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:

Tempat Lahir:

Tanggal Lahir:

Jenis Kelamin:

Laki-laki

Perempuan

Tanggal Pembayaran :  
(wajib melampirkan bukti pembayaran)

Jumlah Pembayaran :

\*\* Coret yang tidak perlu

Deskripsi Pekerjaan saat ini :



No	Pernyataan Kesehatan Tertanggung	Ya	Tidak	Penjelasan
2	<p>Apakah Anda pernah atau sedang berusaha atau berencana untuk melakukan pemeriksaan kesehatan atau telah dianjurkan oleh Dokter untuk mendapatkan atau bermaksud menjalani pemeriksaan kesehatan diagnostik, seperti namun tidak terbatas pada Sinar-X, USG, CT-scan, MRI, EKG, Treadmill, pemeriksaan darah, pemeriksaan urin, dan lain-lain?</p> <p>Jika YA, mohon informasikan alasan dilakukan pemeriksaan tersebut, nama Dokter yang menganjurkan (jika ada), kapan dan dimana dilaksanakan pemeriksaan tersebut, apa saja jenis pemeriksaan yang dilakukan, bagaimana hasilnya, apakah ada tindakan lanjutan setelah pemeriksaan tersebut dan mohon dilampirkan seluruh copy pemeriksaan kesehatan tersebut</p>			
3	<p>Apakah Anda pernah atau saat ini sedang atau akan mendapatkan perawatan di Rumah Sakit atau klinik untuk kondisi medis apapun atau sedang menunggu untuk menjalani segala bentuk pemeriksaan atau tes medis atau tindakan medis lainnya namun tidak terbatas pada tindakan pembedahan maupun pemeriksaan medis lainnya?</p> <p>Jika YA, mohon dapat dijelaskan pada formulir pernyataan dan perubahan SPAJ (Amendment) terpisah.</p>			
4	<p>Pertanyaan khusus untuk wanita:</p> <p>a. Apakah Anda sedang hamil? Usia kehamilan (... minggu)</p> <p>b. Adakah komplikasi pada kehamilan termasuk persalinan secara sectio caesaria yang dilakukan karena menderita suatu penyakit (Darah Tinggi, Hepatitis, Diabetes dan lain-lain)?</p> <p>c. Apakah Anda mempunyai kelainan payudara/organ kewanitaan lainnya termasuk haid yang tidak teratur (nyeri haid berlebihan maupun haid yang sangat banyak) maupun benjolan payudara, dll ? Jika "Ya" jelaskan nama kelainan atau komplikasi dan nama dokter yang merawat pada kolom (Siapa, Apa, Kapan, Dimana, Pengobatan yang dilakukan, Bagaimana).</p> <p>d. Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan Pap Smear dalam 1 (satu) tahun terakhir? Atau apakah Anda pernah disarankan untuk melakukan pemeriksaan mammografi, USG payudara maupun Pap Smear ulang dalam 6 (enam) bulan terakhir? Jika "Ya" jelaskan bagaimana hasilnya dan kapan dilakukan pemeriksaan tersebut?</p>			

### KETENTUAN PEMULIHAN POLIS ASURANSI

Saya Pemegang Polis memahami dan sudah mempertimbangkan risiko yang akan terjadi akibat Pemulihan Polis Asuransi serta menyetujui dan bersedia menaati 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:

( )  
Nama Lengkap & Tanda tangan  
Pemegang Polis

Tenaga Penjual\*

Nama Tenaga Penjual:

Kode Tenaga Penjual:

Nama Cabang:

Kode Cabang:

Nomor Telepon:

Nomor Ponsel:

Alamat email: