



FORMULIR PEMULIHAN ASURANSI

Saya yang bertandatangan di bawah ini adalah Pemegang Polis dengan data sebagai berikut :

Nama Pemegang Polis : _____
Nama Tertanggung : _____
Nomor Polis : _____

Tanggal Pengajuan : _____ - _____ - _____
Nama Agen : _____
Nomor Agen : _____

Dengan ini saya mohon kepada PT HEKSA SOLUTION INSURANCE untuk melakukan transaksi berikut :
WAJIB DIISI DAN DILENGKAP DENGAN MEMBERIKAN TANDA ✓ PADA KOTAK YANG TERSEDIA

DATA PRIBADI PEMEGANG POLIS

Nama Lengkap (Sesuai KTP/SIM) : _____
Alamat Korespondensi Jalan : _____
RT/RW : _____ Kelurahan : _____ Kecamatan : _____
Kota : _____ Provinsi : _____ Kode Pos : _____
Informasi Kontak HP : _____ Rumah : _____ Kantor : _____
Email : _____
Tempat/Tanggal Lahir : _____
No.KTP/SIM/Passport : _____
Kewarganegaraan : _____

DATA PRIBADI TERTANGGUNG

Nama Lengkap (Sesuai KTP/SIM) : _____
Alamat Korespondensi Jalan : _____
RT/RW : _____ Kelurahan : _____ Kecamatan : _____
Kota : _____ Provinsi : _____ Kode Pos : _____
Informasi Kontak HP : _____ Rumah : _____ Kantor : _____
Email : _____
Tempat/Tanggal Lahir : _____
No.KTP/SIM/Passport : _____
Kewarganegaraan : _____

DATA KESEHATAN DAN HOBI TERTANGGUNG

Calon Tertanggung Utama (TU) dan Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1) harus menjawab semua pertanyaan data kesehatan dan hobi dalam Formulir ini (dan dalam pernyataan pribadi yang menyangkut kesehatan yang diajukan oleh Tertanggung atau pemeriksa kesehatan secara lengkap dan jujur. Ketidaklengkapan dalam pengisian data kesehatan dan hobi dapat mengakibatkan berubahnya keputusan *underwriting* (seleksi risiko) dan/atau pembatalan Pengajuan Pemulihan Polis
Apabila Calon Pemegang Polis ingin menambahkan informasi yang belum dituliskan di Polis ini.

Calon Tertanggung Utama (TU)

Tinggi Badan : _____ cm

Berat Badan : _____ kg

Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)

: _____ cm

: _____ kg

Calon Tertanggung Utama (TU)

Apakah Calon Tertanggung Utama (TU) dan
Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)
merokok

YA TIDAK

Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)

YA TIDAK

Jika "Ya", mohon melengkapi data di bawah ini

1. Perilaku Merokok Sebutkan

frekuensi merokok Calon

Tertanggung : (pilih salah satu)

a. Harian ←
b. Mingguan →
c. Bulanan ←

1 - 20 batang
21 - 30 batang
> 30 batang

d. Sudah berhenti merokok < 1 thn yang lalu
e. Sudah berhenti merokok > 1 thn yang lalu
f. Tidak pernah merokok
g. Lainnya, sebutkan : _____

Calon Tertanggung Utama (TU)

a. Harian ←
b. Mingguan →
c. Bulanan ←

1 - 20 batang
21 - 30 batang
> 30 batang

d. Sudah berhenti merokok < 1 thn yang lalu
e. Sudah berhenti merokok > 1 thn yang lalu
f. Tidak pernah merokok
g. Lainnya, sebutkan : _____

Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)

a. Harian ←
b. Mingguan →
c. Bulanan ←

1 - 20 batang
21 - 30 batang
> 30 batang

	Calon Tertanggung Utama (TU)		Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)	
	YA	TIDAK	YA	TIDAK
2 Dalam 2 tahun terakhir dan hari ini, apakah fisik dan mental (jiwa) anda sedang menjalani pengobatan atau perawatan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika "Ya", jelaskan :	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Mohon Calon Tertanggung memberi tanda ✓ untuk setiap kelainan yang pernah/sedang dimiliki sesuai dengan kelainan tersebut :				
	Calon Tertanggung Utama (TU)		Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)	
	YA	TIDAK	YA	TIDAK
a. Rabun jauh dengan menggunakan kacamata / softlens (lensa kontak) melebihi -6,0 pada satu atau kedua mata/Katarak/kelainan mata lainnya.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Gangguan Telinga/Hidung/Tenggorokan (THT) / Sinus / Gangguan Bicara.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Gangguan Pernafasan* / Batuk Berkepanjangan* / Sesak Nafas* / Bronkitis* / Asma* / Tuberkolisis (TBC)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sesak Nafas yang disebabkan karena kelainan / Penyakit Jantung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Gangguan Saluran Pencernaan (Maag / Gastritis)* / Usus* / Hernia / Pankreas / Organ Pencernaan lainnya.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hepatitis A / Hepatitis B / Hepatitis C / Hati (selain Hepatitis) / Kandung Empedu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ginjal / Saluran Kemih (termasuk batu) / Cuci Darah / Prostat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Alergi / Penyakit Kulit atau Kelamin / Malaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Sakit Kepala* / Pusing* / Migran * / Vertigo* / Gangguan Kesadaran / Otak/Saraf / Epilepsi / Ayan** / Kelainan Psikologis / Kejiwaan*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Gangguan Persendian* / Rematik* / Kelainan pada Otot* / Sendi* atau Tulang* / Gangguan Tulang Belakang* / Polio* / Multiple Sclerosis / Asam Urat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kencing Manis* / Kelenjar Gondok* atau Endokrin / hormon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Payudara* / Kandungan* atau Indung Telur*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Hemoroid (wasir) / Varises / Kelainan Pembuluh Darah Lainnya.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Kelainan Darah* (Thalassemia / Hemofilia / Leukimia / Anemia atau Kelainan Darah Lainnya) / Menerima Transfusi Darah.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Systemic Lupus Erythematosus (SLE) / Anti-Cardiolipin Antibodies (ACA) atau Auto Immune Diseases (Penyakit Sistem Kekebalan Lainnya).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Kecelakaan / Cidera Berat Berkepanjangan / Kelumpuhan / Kelainan Syaraf Lainnya.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p1. Bila Kecelakaan menyentuh alat gerak, bagaimana fungsi alat gerak tersebut saat ini ?				
Calon Tertanggung Utama (TU)		Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
p2. Apakah saat ini terpasang pen pada tubuh Calon Tertanggung ?				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
* Kuesioner diisi oleh Calon Tertanggung **Kuesioner diisi oleh Calon Tertanggung atau Dokter				

Calon Tertanggung Utama (TU)	Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)																			
<p>q. AIDS atau kondisi yang berhubungan dengan AIDS (Demam / Kelelahan / Diare Kronis / penurunan berat badan / Pembesaran Kelenjar Getah Bening / luka di kulit berulang dan berkepanjangan yang tidak diketahui penyebabnya).</p> <p>r. Penyakit lain yang belum disebutkan ?</p> <p>* Kuesioner diisi oleh Calon Tanggung **Kuesioner diisi oleh Calon Tertanggung atau Dokter</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		
<p>3 Berikut adalah penyakit yang biasa dialami oleh kebanyakan orang dalam kehidupan mereka. Mohon Calon Tertanggung memberi tanda ✓ untuk setiap gejala / kelainan yang dimiliki dan mengisi KUESIONER sesuai dengan kelainan tersebut.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>TU TT1</p> <p><input type="checkbox"/> a. Nyeri Dada*</p> <p><input type="checkbox"/> b. Kelainan Jantung & Pembuluh Darah</p> <p><input type="checkbox"/> c. Kelainan Jantung Bawaan **</p> <p><input type="checkbox"/> d. Demam Rheuma/Penyakit Jantung Rematik</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>TU TT1</p> <p><input type="checkbox"/> e. Peningkatan Kolesterol</p> <p><input type="checkbox"/> f. Tekanan Darah Tinggi *</p> <p><input type="checkbox"/> g. Stroke</p> <p><input type="checkbox"/> h. Tidak pernah mengalami 3a s/d g</p> </td> </tr> </table> <p>* Kuesioner diisi oleh Calon Tertanggung ** Kuesioner diisi oleh Dokter</p>			<p>TU TT1</p> <p><input type="checkbox"/> a. Nyeri Dada*</p> <p><input type="checkbox"/> b. Kelainan Jantung & Pembuluh Darah</p> <p><input type="checkbox"/> c. Kelainan Jantung Bawaan **</p> <p><input type="checkbox"/> d. Demam Rheuma/Penyakit Jantung Rematik</p>	<p>TU TT1</p> <p><input type="checkbox"/> e. Peningkatan Kolesterol</p> <p><input type="checkbox"/> f. Tekanan Darah Tinggi *</p> <p><input type="checkbox"/> g. Stroke</p> <p><input type="checkbox"/> h. Tidak pernah mengalami 3a s/d g</p>																
<p>TU TT1</p> <p><input type="checkbox"/> a. Nyeri Dada*</p> <p><input type="checkbox"/> b. Kelainan Jantung & Pembuluh Darah</p> <p><input type="checkbox"/> c. Kelainan Jantung Bawaan **</p> <p><input type="checkbox"/> d. Demam Rheuma/Penyakit Jantung Rematik</p>	<p>TU TT1</p> <p><input type="checkbox"/> e. Peningkatan Kolesterol</p> <p><input type="checkbox"/> f. Tekanan Darah Tinggi *</p> <p><input type="checkbox"/> g. Stroke</p> <p><input type="checkbox"/> h. Tidak pernah mengalami 3a s/d g</p>																			
<p>4 Jika Calon Tertanggung pernah menderita salah satu dari kelainan di bawah ini, mohon memberi tanda ✓ dan mengisi KUESIONER sesuai dengan kelainan tersebut :</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>TU TT1</p> <p><input type="checkbox"/> a. Nodul / Kista - yang bukan kanker</p> <p><input type="checkbox"/> b. Tumor / Pertumbuhan / Pembengkakan / Pembesaran Lainnya - yang bukan Kanker</p> <p><input type="checkbox"/> c. Tumor / Pertumbuhan / Pembengkakan / Pembesaran Lainnya - yang merupakan Kanker</p> <p><input type="checkbox"/> d. Tidak pernah mengalami 4 a s/d c</p> </td> </tr> </table>			<p>TU TT1</p> <p><input type="checkbox"/> a. Nodul / Kista - yang bukan kanker</p> <p><input type="checkbox"/> b. Tumor / Pertumbuhan / Pembengkakan / Pembesaran Lainnya - yang bukan Kanker</p> <p><input type="checkbox"/> c. Tumor / Pertumbuhan / Pembengkakan / Pembesaran Lainnya - yang merupakan Kanker</p> <p><input type="checkbox"/> d. Tidak pernah mengalami 4 a s/d c</p>																	
<p>TU TT1</p> <p><input type="checkbox"/> a. Nodul / Kista - yang bukan kanker</p> <p><input type="checkbox"/> b. Tumor / Pertumbuhan / Pembengkakan / Pembesaran Lainnya - yang bukan Kanker</p> <p><input type="checkbox"/> c. Tumor / Pertumbuhan / Pembengkakan / Pembesaran Lainnya - yang merupakan Kanker</p> <p><input type="checkbox"/> d. Tidak pernah mengalami 4 a s/d c</p>																				
<p>5 Apabila Calon Tertanggung menjawab "Ya" untuk 1 (satu) atau lebih pernyataan nomor 2, 3 dan 4 yang tidak ada asteriknya (tanpa */**/**), mohon menjawab pertanyaan di bawah ini (Apabila melebihi kolom yang tersedia, mohon menuangkan jawabannya pada "Surat Pernyataan/untuk SPAJ/SPAJT Pengajuan Pelayanan Polis* dan dilampirkan bersama Formulir ini).</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">Calon Tertanggung Utama (TU)</th> <th style="width: 50%;">Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)</th> </tr> <tr> <td>a. Nama keadaan/penyakit :</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Kapan terakhir kambuh :</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Nama dan alamat lengkap Dokter yang merawat / rumah sakit :</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. Tanggal konsultasi / perawatan :</td> <td></td> </tr> <tr> <td>e. Sebutkan tindakan medis, operasi dan mana obat yang diberikan :</td> <td></td> </tr> <tr> <td>f. Bagaimana Hasilnya pada saat itu :</td> <td></td> </tr> <tr> <td>g. Bagaimana keadaannya sekarang :</td> <td></td> </tr> <tr> <td>h. Jika menggunakan pen, kapan pen dilepas :</td> <td></td> </tr> </table>			Calon Tertanggung Utama (TU)	Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)	a. Nama keadaan/penyakit :		b. Kapan terakhir kambuh :		c. Nama dan alamat lengkap Dokter yang merawat / rumah sakit :		d. Tanggal konsultasi / perawatan :		e. Sebutkan tindakan medis, operasi dan mana obat yang diberikan :		f. Bagaimana Hasilnya pada saat itu :		g. Bagaimana keadaannya sekarang :		h. Jika menggunakan pen, kapan pen dilepas :	
Calon Tertanggung Utama (TU)	Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)																			
a. Nama keadaan/penyakit :																				
b. Kapan terakhir kambuh :																				
c. Nama dan alamat lengkap Dokter yang merawat / rumah sakit :																				
d. Tanggal konsultasi / perawatan :																				
e. Sebutkan tindakan medis, operasi dan mana obat yang diberikan :																				
f. Bagaimana Hasilnya pada saat itu :																				
g. Bagaimana keadaannya sekarang :																				
h. Jika menggunakan pen, kapan pen dilepas :																				

	Calon Tertanggung Utama (TU)	Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)										
6 a	Tertanggung pernah / sedang menderita penyakit / gangguan yang mengakibatkan menjalani rawat inap / rawat jalan, operasi, biopsi, endoskopi?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak										
b	Pernah transfusi darah dalam 2 tahun terakhir ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak										
c	Pernah ditolak transfusi darah dalam 2 thn terakhir?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak										
d	Pernahkah Calon Tertanggung menjalani atau dianjurkan melakukan pemeriksaan jantung / darah / air seni / rontgen / ultrasonography (USG) / Computerized Tomography Scanner (CT Scan) / Biopsi / pemeriksaan penunjang atau diagnostik lainnya? Jika "Tidak" mohon diabaikan. Apabila calon Tertanggung menjawab "Ya", mohon menjawab pertanyaan di bawah ini. Apabila melebihi kolom yang tersedia, mohon tuliskan jawabannya pada "Surat Pernyataan / Amandemen untuk SPAJ / SPAJT / Pengajuan Pelayanan Polis" dan dilampirkan bersama Formulir ini.											
	Calon Tertanggung Utama (TU)	Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)										
a	Apa saja pemeriksannya?	<input type="text"/>										
b	Kapan dilakukan pemeriksaan tersebut?	<input type="text"/>										
c	Apakah alasan dilakukan pemeriksaan tersebut?	<input type="text"/>										
d	Bagaimana hasilnya? Apabila ada, mohon meminjamkan hasilnya.	<input type="text"/>										
	TU TT1 Mohon memberi tanda ✓ :	TU TT1 <input type="checkbox"/> Jika hasil pemeriksaan ada dan dilampirkan di Formulir ini.										
	Calon Tertanggung Utama (TU)	Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)										
7 a	Apakah ada diantara immediate family* / anggota keluarga** dari Calon Tertanggung (hidup atau meninggal) yang pernah menderita penyakit jantung koroner / stroke / diabetes mellitus / kanker / kelainan bawaan atau congenital / penyakit lainnya?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak										
	Jika "Ya", mohon melengkapi data penyakit immediate family/anggota keluarga dengan memberi tanda ✓ pada penyakit yang tercantum pada tabel berikut ini :											
Anggota Keluarga	Penyakit											
	Jantung Koroner		Stroke		Diabetes Mellitus		Kanker (sebutkan jenisnya)		Kelainan Bawaan/ Congenital		Lainnya (sebutkan)	
	TU	TT1	TU	TT1	TU	TT1	TU	TT1	TU	TT1	TU	TT1
i Ayah												
ii Ibu												
iii Saudara Laki-laki												
iv Saudara Perempuan												
v Anak												
vi Lainnya : (mohon diisi) (Paman, Bibi, Kakek, Nenek, Keponakan, Sepupu, dll)												

*Immediate family : ayah, ibu, saudara kandung laki-laki/perempuan, anak ** Anggota keluarga : immediate family, paman, bibi, kakek, nenek, keponakan, sepupu dan lain-lain

	Calon Tertanggung Utama (TU)	Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)
b	Jika Calon Tertanggung menjawab "Ya" untuk 1 (satu) atau lebih pertanyaan nomor 7a, mohon sebutkan usia saat didiagnosa untuk masing-masing penyakit tersebut.	<input type="text"/>

(Apabila jawabannya melebihi kolom yang tersedia, mohon tuliskan jawabannya pada "Surat Pernyataan/Amandemen untuk SPAJ/SPAJT/Pengajuan Pelayanan Polis dan dilampirkan bersama Formulir ini)

	Calon Tertanggung Utama (TU)	Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)
8 a	Apakah Calon Tertanggung pernah atau sedang menggunakan obat-obatan terlarang / narkoba atau bahan adiktif lainnya *dalam 5 (lima) tahun terakhir?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

		<u>Calon Tertanggung Utama (TU)</u>		<u>Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)</u>				
b	Apakah Calon Tertanggung mempunyai kebiasaan minuman keras / alkohol / sejenisnya?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak			
	Jenis minuman alkohol	<input type="text"/>						
	Intensitas	<input type="text"/> gelas/hari						
d	Apakah Calon Tertanggung pernah terlibat dalam suatu tindakan pidana*?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak			
		<u>Calon Tertanggung Utama (TU)</u>		<u>Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)</u>				
9 a	Apakah ada obat-obatan lain yang digunakan?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak			
b	Bila ada, mohon sebutkan jenisnya dan alasan penggunaannya	<input type="text"/>						
10	Apakah Calon Tertanggung memiliki hobi atau sewaktu-waktu melakukan kegiatan yang berisiko tinggi atau Calon Tertanggung masih aktif dalam pekerjaan berisiko tinggi tersebut di bawah ini, jika "Tidak" mohon diabaikan.	Jika "Ya", mohon Calon Tertanggung memberi tanda ✓ pada hobi / kegiatan / pekerjaan yang dimiliki / dilakukan dan mengisi KUESIONER sesuai hobi / kegiatan / pekerjaan tersebut						
TU	TT1	a Menyelam / olahraga air selain menyelam	TU	TT1	d Balap Motor / Mobil	TU	TT1	g Nelayan / Kelautan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e Pertambangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h Penerbangan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b Caving & potholing / panjat tebing / mendaki gunung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f Minyak dan Gas Bumi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i TNI / POLRI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c Terjun payung, paralayang, microlighting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<u>Calon Tertanggung Utama (TU)</u>		<u>Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)</u>				
11.	Hanya untuk wanita	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak			
a.	Apakah saat ini Calon Tertanggung sedang hamil :	Jika "Ya", sebutkan perkiraan tanggal-bulan-tahun persalinan <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>						
b	Apakah Calon Tertanggung pernah melakukan <i>papsmeir</i>	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak			
c.	Apakah Calon Tertanggung pernah melahirkan dengan cara operasi / Sectio Caesaria karena alasan kesehatan :	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak			
d.	Apakah Calon Tertanggung pernah mengalami kesulitan / komplikasi pada saat hamil atau melahirkan :	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak			
e	Pernah/sedang menderita penyakit / keluhan pada payudara atau kandungan?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak			
Apabila Calon Tertanggung menjawab "Ya" untuk pertanyaan 11a,c dan d di atas, mohon menjawab pertanyaan di bawah ini. (Apabila jawabannya melebihi kolom yang tersedia, mohon menuliskan jawabannya pada "Surat Peryataan / Amademen untuk SPAJ / SPAJT / Pengajuan Pelayanan Polis dan dilampirkan bersama Formulir ini")								
		<u>Calon Tertanggung Utama (TU)</u>		<u>Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)</u>				
i.	Jika "Ya", kapan :	<input type="text"/>						
ii.	Bagaimana hasil atau kondisinya saat itu :	<input type="text"/>						
iii.	Nama dan alamat lengkap Dokter yang merawat atau rumah sakit yang dikunjungi :	<input type="text"/>						
iv.	Jenis perawatan yang diberikan :	<input type="text"/>						
		<u>Calon Tertanggung Utama (TU)</u>						
12	Khusus untuk Calon Tertanggung Utama anak - anak dengan usia sebenarnya kurang dari 5 (lima) tahun, apakah berat badan waktu lahir ≤ 2500gr?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak					

PERNYATAAN DAN KUASA

1. Saya/Kami sendiri yang menandatangani formulir ini setelah formulir ini terisi lengkap dan benar serta telah melampirkan fotocopy KTP/Identitas lain, yang masih berlaku.
2. Pemulihan Polis ini menjadi batal apabila keterangan, pernyataan atau pemberitahuan yang disampaikan ternyata keliru yang sifatnya sedemikian rupa sehingga pertanggungan dan/ atau pemulihan Polis tidak akan diadakan atau tidak diadakan dengan syarat-syarat yang sama bila Penanggung mengetahui keadaan yang sesungguhnya dari hal itu.
3. Pemulihan Polis akan melalui proses underwriting dan akan mengikuti prosedur underwriting dimana terdapat kemungkinan untuk diminta melakukan pemeriksaan kesehatan atau persyaratan lain dan semua biaya yang timbul dari pemeriksaan kesehatan tersebut menjadi tanggungan saya.
4. Apabila ternyata Saya/kami melakukan pemeriksaan kesehatan atau mengajukan klaim sebelum pemulihan Polis disetujui tanpa adanya pemberitahuan ke Penanggung, dimana hasil pemeriksaan atau data pada Klaim tersebut dapat mempengaruhi/mengubah keputusan underwriting, maka pengajuan pemulihan Polis akan ditinjau ulang oleh Penanggung dan penilaian ulang tersebut dapat menyebabkan pembatalan pengajuan pemulihan Polis atau pembatalan Polis.
5. Untuk Pemulihan Polis ini, maka :
 - a. Akan diberlakukan kembali setelah disetujui oleh Penanggung dan seluruh tunggakan Premi beserta bunga pemulihan (bila ada) telah dilunasi.
 - b. Saya/Kami tidak berhak mengajukan Klaim apapun untuk kejadian yang terjadi sebelum tanggal dimana Polis ini dinyatakan diberlakukan kembali oleh Penanggung.
 - c. Saya/Kami memahami dan bersedia akan dikenakan masa tunggu atas Polis saya/kami yang berlaku sejak tanggal pemulihannya tersebut.
6. Saya/Kami memberi 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/kami untuk diberikan kepada Penanggung atau petugas yang ditunjuk oleh Penanggung.
7. Saya/Kami bersedia mengikuti Harga Unit (NAV) terbaru saat Polis disetujui untuk dipulihkan kembali (khusus untuk produk Unit Link).
8. Saya setuju, semua bentuk pemberitahuan dan surat menyerah akan dikirimkan melalui email atau jasa pengiriman dokumen lainnya sesuai dengan data yang tercatat pada PT HEKSA SOLUTION INSURANCE.
9. Apabila permohonan pemulihan Polis ini tidak disetujui oleh Penanggung atau saya/kami tidak memenuhi syarat guna permohonan pemulihan Polis setelah 60 (enam puluh) hari sejak formulir ini diterima oleh Penanggung, maka permohonan Pemulihannya ini dibatalkan oleh Penanggung dan premi pemulihannya ini (jika ada) akan dikembalikan ke data rekening Pemegang Polis yang tercatat di PT HEKSA SOLUTION INSURANCE tanpa memberikan bunga apapun.

Ditandatangani di : ,
Tanggal Bulan Tahun

Tanda Tangan Pemegang Polis

Tanda Tangan Agen

Nama Lengkap

Agen

Kolom catatan ini diisi oleh PT HEKSA SOLUTION INSURANCE

Catatan :	Diproses oleh :	Diperiksa oleh :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Paraf/Nama/Tanggal	Paraf/Nama/Tanggal