

DATA KESEHATAN TERTANGGUNG

Isi lengkap dan beri tanda ✓ dalam kotak pilihan. Jika pengisian salah, harap dicoret dan ditandatangani (dilarang menggunakan tipe-x).
Data diisi lengkap dan benar. Mohon untuk TIDAK menandatangani pengajuan ini dalam keadaan kosong/belum diisi.

A. DATA POLIS

1. Nomor Polis : _____
2. Nama Pemegang Polis : _____
3. Nama Tertanggung : _____
4. Nomor Identitas Diri (e-KTP) : _____

B. ALAMAT KORESPONDENSI (WAJIB DIISI JIKA ADA PERUBAHAN)

Perubahan alamat korespondensi sesuai identitas yang masih berlaku*)

Alamat Rumah : _____

RT/RW : _____ Provinsi : _____
Kelurahan : _____ Negara : _____
Kecamatan : _____ Kode Pos : _____
Kota : _____ Telepon : _____

Alamat Kantor : _____

RT/RW : _____ Provinsi : _____
Kelurahan : _____ Negara : _____
Kecamatan : _____ Kode Pos : _____
Kota : _____ Telepon : _____

Alamat Korespondensi : Rumah Kantor
(wajib diisi)

Handphone : _____
Email : _____

*Jika pada Pengajuan ini terdapat perbedaan alamat dengan yang ada pada kami, maka Pengajuan ini akan digunakan untuk proses Pengkinian Data dan dapat dipergunakan sebagai media komunikasi terkait Polis.

C. DATA KESEHATAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini mengajukan permohonan dengan keterangan data kesehatan Tertanggung sampai saat ini:

1. Berat badan _____ kg, Tinggi badan _____ cm, Golongan darah _____
2. Apakah fisik dan mental Anda dalam keadaan sehat? _____
Jika tidak jelaskan mengapa? _____
3. Apakah hobi/kegemaran/olahraga Anda yang teratur? _____

Beri tanda ✓ pada pilihan jawaban

- | | Ya | Tidak |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4. Apakah Anda merokok? _____ batang per hari | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. a. Apakah Anda menggunakan obat secara teratur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Apakah Anda mempunyai kebiasaan menggunakan narkoba, minum alkohol secara berlebihan atau pernah dirawat karena alkohol atau ketergantungan obat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Apakah Anda melakukan/akan melakukan penerbangan dengan pesawat <i>non schedule flight</i> atau <i>non commercial airline</i> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Apakah Anda melakukan balap mobil, motor, ski air, terjun payung, <i>bungee jumping</i> , menyelam, <i>rafting</i> , atau olahraga yang berbahaya? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Pernahkah permintaan Anda untuk asuransi jiwa ditolak, ditunda, dikenakan ekstra premi dengan persyaratan khusus atau masih dalam proses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | Ya | Tidak |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 9. Apakah Anda pernah atau sedang menderita penyakit: | | |
| - Kanker, TBC/Paru-Paru, Sesak Nafas, Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Darah Rendah/Tinggi, Jantung, Stroke, Kencing Manis (DM), <i>Hypercholesterol</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Hati, Kuning, Kelainan Darah (Anemia, Leukimia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Lumpuh, Syaraf, Gangguan Mental, Epilepsi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Kencing Batu, Ginjal, Prostat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Penyakit lain yang tidak disebut di atas _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Apakah Anda dalam 5 (lima) tahun terakhir ini pernah mendapat perawatan dokter, pemeriksaan di Rumah Sakit, operasi atau Pemeriksaan kesehatan lain (laboratorium, USG, EKG, CT-Scan, dan lain-lain)? Jika "Ya" lampirkan data-datanya | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Apakah Anda mempunyai cacat badan? Jika "Ya" jelaskan penyebab dan bagian anggota tubuh yang cacat _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Apakah Anda pernah: | | |
| a. Menerima transfusi darah? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ditolak sebagai donor darah? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Apakah Anda pernah konsultasi/mendapat pengobatan sehubungan dengan penyakit kelamin, AIDS, keadaan lain yang sehubungan dengan AIDS/HIV? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Apakah pada keluarga Anda (ayah, ibu, dan saudara kandung) ada yang menderita penyakit tertentu yang perlu mendapat pengobatan/perawatan atau pemeriksaan yang teratur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Khusus untuk Tertanggung Polis Wanita | | |
| - Apakah Anda sedang hamil? (_____ bulan) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Apakah Anda pernah atau sedang menderita penyakit di sekitar payudara? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Apakah Anda pernah atau sedang menderita penyakit kandungan atau kesukaran ketika melahirkan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Bagaimana keadaan menstruasi (haid) Anda? <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur <input type="checkbox"/> Menopause | | |

Bila jawaban "Ya" harap jelaskan secara terperinci

Dokter Pribadi/Dokter Langganan

Nama Dokter : _____

Alamat : _____

Telepon : _____

D. KELENGKAPAN DOKUMEN

1. Fotokopi Identitas Pemegang Polis yang masih berlaku (e-KTP).
2. Fotokopi Identitas Tertanggung yang masih berlaku (e-KTP).
3. Apabila Pemegang Polis Badan Hukum, lampirkan fotokopi Akta Perubahan terakhir.
4. Dokumen lain (jika diperlukan).

E. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS DAN TERTANGGUNG

Dengan ini kami menyatakan bahwa:

1. Semua keterangan dalam Formulir Data Kesehatan Tertanggung ini telah sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
2. Kami telah membaca, mengerti, dan mengisi seluruh pernyataan yang tercantum dalam Formulir Data Kesehatan Tertanggung ini dengan lengkap dan benar, dan kami memahami bahwa seluruh keterangan dan jawaban tersebut merupakan dasar pertanggung jawaban yang menjadi bagian dari perjanjian asuransi.
3. Seluruh salinan dokumen yang diberikan sehubungan dengan Pengajuan Data Kesehatan Tertanggung adalah sesuai asli dan masih berlaku.
4. PT Equity Life Indonesia berhak menolak transaksi dan/atau menutup hubungan usaha dengan Pemegang Polis yang tidak memenuhi ketentuan APU PPT yang berlaku.
5. Semua alamat korespondensi, nomor telepon/handphone, dan email yang telah diinformasikan dapat dipergunakan sebagai media komunikasi terkait Polis dan pengkinian data.

6. Dengan ditandatangani Formulir Data Kesehatan Tertanggung ini, maka kami bertanggung jawab terhadap seluruh isi yang tercantum dalam Formulir Data Kesehatan Tertanggung ini dan mengetahui segala ketentuan dan peraturan yang mengatur mengenai pelaksanaan perjanjian asuransi termasuk perhitungan tarif premi yang saya bayarkan.
7. Apabila di kemudian hari ditemukan adanya keterangan dan/atau pernyataan dalam Formulir Data Kesehatan Tertanggung ini yang tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya, maka kami bersedia menerima segala bentuk akibat hukum yang diatur dalam ketentuan Polis Asuransi Jiwa PT Equity Life Indonesia.
8. PT Equity Life Indonesia dibebaskan dari segala tuntutan dari saya dan/atau Termaalihat (ahli waris) saya/pihak manapun sehubungan dengan pengajuan transaksi tersebut di atas. Apabila terdapat tuntutan dari pihak manapun sehubungan dengan pengajuan transaksi tersebut di atas, maka saya akan bertanggung jawab penuh.
9. Pengajuan ini berlaku apabila telah disetujui PT Equity Life Indonesia selaku Penanggung.

Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh keterangan yang saya berikan pada dokumen pengajuan ini adalah benar.

Tempat pengajuan: _____

Tanggal pengajuan (tanggal - bulan - tahun): - -

Pihak yang menyatakan

Pemegang Polis*	Tertanggung	Orang Tua/Wali (Jika Tertanggung berusia di bawah 18 tahun)
Nama Jelas & Tanda Tangan	Nama Jelas & Tanda Tangan	Nama Jelas & Tanda Tangan

**Apabila Pemegang Polis adalah Badan Hukum, sertakan stempel perusahaan.*

UNTUK KEPENTINGAN PERUSAHAAN

Diperiksa oleh Admin	Mengetahui Branch Service
Tanggal & Tanda Tangan	Tanggal & Tanda Tangan
Nama:	Nama:

Catatan penting:
