

PENGAJUAN PEMULIHAN POLIS

- Premi yang tertunggak harus dibayarkan bersamaan dengan formulir ini.
- Pemulihan polis hanya dapat dilakukan dengan persetujuan Prudential. Apabila pemulihan ini tidak disetujui maka tunggakan premi yang telah dibayarkan akan dikembalikan.
- Tertanggung, spouse atau orangtua harus menjawab semua pertanyaan dalam surat pengajuan pemulihan ini (dan dalam pernyataan pribadi yang menyangkut kesehatan yang diajukan oleh Penanggung atau pada pemeriksaan kesehatan) secara lengkap dan jujur. Jika tidak maka akan terjadi pembatalan polis yang telah dipulihkan.

Nomor Polis

Sejak menandatangani surat pengajuan asuransi jiwa atau pemulihan yang terakhir, jika jawaban untuk pertanyaan No. 3 s/d 7 adalah "Ya", mohon dijelaskan untuk penyakit apa, kapan tanggal konsultasinya, nama dokter yang merawat, jenis pengobatan dan apakah masih menjalani perawatan sampai sekarang

Tertanggung

Pasangan (jika mempunyai spouse/waiver) atau Orang Tua (untuk polis anak)

Nama

Tanggal Lahir

 Pria/Wanita *)

 Pria/Wanita *)

1. Jenis pekerjaan saat ini

2. Tinggi badan

 cm

 cm

Berat Badan

 kg

 kg

3. Apakah permintaan asuransi jiwa atau asuransi kesehatan Anda pada Perusahaan Asuransi lain pernah ditolak atau ditunda atau mendapat tambahan premi?

Ya Tidak

Ya Tidak

4. Apakah Anda pernah berkonsultasi dengan dokter umum/spesialis, termasuk melakukan pemeriksaan laboratorium/radiologis?

Ya Tidak

Ya Tidak

5. Apakah Anda pernah dirawat inap di rumah sakit?

Ya Tidak

Ya Tidak

6. Apakah Anda pernah mengalami kecelakaan atau cacat jasmani?

Ya Tidak

Ya Tidak

7. Apakah Anda menjalani hobby yang beresiko tinggi seperti terjun payung, mendaki gunung, menyelam dan kegiatan balap?

Ya Tidak

Ya Tidak

8. Apakah ada penyakit lain atau kondisi medis lainnya yang mungkin perlu pengobatan, yang belum tercakup di pertanyaan No. 3 s/d 6?

Ya Tidak

Ya Tidak

Saya setuju bahwa pernyataan ini akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis. Saya menyatakan bahwa saya telah menjawab pertanyaan-pertanyaan di atas dengan lengkap dan benar serta tidak ada hal-hal yang saya sembunyikan, dan dengan ini saya memberikan Surat Kuasa kepada Rumah Sakit, Dokter, Klinik atau siapapun yang mengetahui kondisi kesehatan saya maupun riwayat pengobatan saya untuk memberikan keterangan medis saya kepada **PT. Prudential Life Assurance** atau perwakilannya. Foto copy Surat Kuasa ini sama kuatnya dengan yang asli.

Tempat & Tanggal

Tempat & Tanggal

Tanda Tangan Tertanggung

Tanda Tangan Pasangan/ Orang Tua *)

*) Coret yang tidak perlu