Sequis
Your Better Tomorrow

PT Asuransi Jiwa Sequis Financial
Sequis Tower Lt. 30, Jl. Jend. Sudirman Kav. 71, SCBD
Jakarta Selatan 12190, Indonesia
Tel. (62-21) 2994 2928

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN TERTANGGUNG DAN PEMEGANG POLIS

2 Lembar

Kami yang bertanda tangan dibawah ini :

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

Pekerjaan saat ini :

Nama Tertanggung :

Pekerjaan saat ini :

No.Telepon Kantor : - **No. HP : (Wajib Diisi)** -

No.Telepon Rumah : - **E-Mail :**

No. HP yang tertera akan menjadi data terbaru bagi PT Asuransi Jiwa Sequis Financial untuk keperluan konfirmasi, pengiriman SMS, dan WA

Dengan ini mengajukan permintaan : ☐ Upgrade Rider ..... ☐ Kenaikan Uang Pertanggungan
☐ Penambahan Rider ..... ☐ Lainnya .....

Dan atas dasar dari permintaan tersebut, kami membuat pernyataan kesehatan sebagai berikut :
(Kolom Pemegang Polis wajib diisi apabila Pemegang Polis mengambil Rider PBR, PBDD, FIRP, FIDDP)

Berikan tanda silang (x) pada bagian sebelah kanan. Bila jawaban "Ya" harap berikan keterangan lengkap pada "Penjelasan Jawaban" dibawah ini dengan mencantumkan nomor pertanyaan didepannya. (Khusus untuk pertanyaan No. 1d, 2 dan 7)

	TERTANGGUNG Ya	TERTANGGUNG Tidak	PEMEGANG POLIS Ya	PEMEGANG POLIS Tidak
1. a. Apakah Tertanggung/Pemegang Polis sekarang dalam keadaan sehat?	☐	☐	☐	☐
b. Jelaskan Berat Badan saat ini : ☐☐☐ Kg Tertanggung ☐☐☐ Kg Pemegang Polis				
c. Jelaskan Tinggi Badan saat ini : ☐☐☐ Cm Tertanggung ☐☐☐ Cm Pemegang Polis				
d. Pernahkah Tertanggung/Pemegang Polis ditolak/ditangguhkan/diterima dengan tambahan premi dan atau pengecualian dalam mengajukan permintaan atau pemulihan kembali Asuransi Jiwa, penyakit kritis, kesehatan atau kecacatan pada PT Asuransi Jiwa Sequis Financial atau pada asuransi lain? Jika Ya, sebutkan.	☐	☐	☐	☐
2. Sejak Polis tersebut di atas berlaku apakah Tertanggung/Pemegang Polis:				
a. Pernah/sedang berkonsultasi dengan dokter, dirawat di Rumah Sakit, menjalani atau dianjurkan operasi?	☐	☐	☐	☐
b. Pernah/sedang dianjurkan oleh dokter melakukan pemeriksaan kesehatan diagnotik, check up seperti: Sinar X, MRI, USG, CT Scan, ECG, Treadmill, Darah, Urine atau pemeriksaan laboratorium lainnya?	☐	☐	☐	☐
c. Apakah Tertanggung/Pemegang Polis pernah mengalami kecelakaan?	☐	☐	☐	☐
d. Apakah Tertanggung/Pemegang Polis menderita cacat atau kelainan fisik?	☐	☐	☐	☐
3. Apakah Tertanggung/Pemegang Polis mempunyai kebiasaan:				
a. Merokok? Jika Ya, berapa batang dalam sehari? Tertanggung : ☐☐☐ Batang Pemegang Polis: ☐☐☐ Batang	☐	☐	☐	☐
b. Menggunakan obat bius/narkotik, obat/zat terlarang? Jika Ya, sebutkan jenisnya	☐	☐	☐	☐
c. Minum alkohol? Jika Ya, berapa banyak gelas/botol per-hari atau per-minggu dan apa jenisnya?	☐	☐	☐	☐
Tertanggung : Jenis ..... ☐☐☐ Gelas/Botol per-hari/per-minggu *) *Lingkari*				
Pemegang polis : Jenis ..... ☐☐☐ Gelas/Botol per-hari/per-minggu *) *Lingkari*				
4. Apakah Tertanggung/Pemegang Polis bermaksud atau sedang mengikuti olah raga/kegiatan beresiko tinggi seperti:	☐	☐	☐	☐
☐ Olahraga Air ☐ Mendaki Gunung ☐ Balapan ☐ Menelusuri Goa				
☐ Olahraga Dirgantara ☐ Beladiri ☐ Bungee Jumping ☐ Lainnya				
Jika Ya, mohon mengisi kuesioner khusus Hobi				
5. Apakah Tertanggung/Pemegang Polis melakukan perubahan pekerjaan selama Polis Asuransi Jiwa berjalan? Jika Ya, mohon mengisi Formulir Perubahan/Penambahan Data terkait pekerjaan secara lengkap dan jelas	☐	☐	☐	☐
6. <u>Khusus untuk wanita</u>				
a. Apakah Anda sekarang sedang hamil? Bila Ya, ☐ Bulan	☐	☐	☐	☐
b. Apakah ada gangguan menstruasi, kelainan pada payudara, atau alat kandungan?	☐	☐	☐	☐
7. a. Apakah Tertanggung/Pemegang Polis pernah atau bermaksud untuk konsultasi atau melakukan pengobatan yang berhubungan dengan AIDS, kompleks gejala yang berhubungan dengan penyakit kelainan atau AIDS (AIDS Related Complex)?	☐	☐	☐	☐
b. Apakah Tertanggung/Pemegang Polis pernah diberitahu atau mendapat hasil positif untuk pemeriksaan darah/antibodi virus AIDS (HIV) atau kelamin?	☐	☐	☐	☐

Sequis
Your Better Tomorrow

PT Asuransi Jiwa Sequis Financial
Sequis Tower Lt. 30, Jl. Jend. Sudirman Kav. 71, SCBD
Jakarta Selatan 12190, Indonesia
Tel. (62-21) 2994 2928

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN TERTANGGUNG DAN PEMEGANG POLIS

Penjelasan jawaban No.1d :

Nomor Polis/SPA	Mulai Kontrak	Macam Asuransi (Plan)	Uang Pertanggungan	Keterangan

Penjelasan jawaban "ya" di halaman 1, mohon dapat dijelaskan pada kolom dibawah ini sesuai dengan nomor pertanyaan (khusus untuk pertanyaan no. 2 dan 7) dilengkapi dengan diagnosa, tanggal, lamanya dan nama dokter yang merawat).

Dengan ini kami menyatakan bahwa semua pernyataan tersebut diatas adalah lengkap dan benar serta dapat dipertanggung jawabkan.

Kami menyetujui bahwa pembayaran yang dilakukan sehubungan dengan permintaan perubahan polis ini diberlakukan sebagai titipan premi dan tidak mengikat PT Asuransi Jiwa Sequis Financial dan kami setuju bahwa polis belum berlaku kembali sampai permintaan ini disetujui oleh PT Asuransi Jiwa Sequis Financial.

Kami menyetujui bahwa berdasarkan pertimbangan, PT Asuransi Jiwa Sequis Financial:
a. dapat meminta Tertanggung dan atau Pemegang Polis untuk melakukan pemeriksaan kesehatan, dan atau
b. mengenakan tambahan premi, dan atau
c. memberlakukan hal-hal yang tidak dijamin sebagai pengecualian, dan atau
d. menolak permintaan perubahan polis ini.

Jika permintaan ini tidak disetujui, kami juga setuju untuk menerima pengembalian semua pembayaran yang telah dilakukan sehubungan dengan pengajuan perubahan polis ini tanpa bunga dan membebaskan PT Asuransi Jiwa Sequis Financial dari segala bentuk tuntutan hukum dan gugatan ataupun klaim dari pihak manapun juga.

Kami juga setuju bahwa terhitung sejak tanggal perubahan polis ini disetujui, PT Asuransi Jiwa Sequis Financial akan memberlakukan masa percobaan selama 2 (dua) tahun, dimana jika kemudian ternyata keterangan-keterangan yang kami beritahukan tidak benar, maka PT Asuransi Jiwa Sequis Financial berhak membatalkan perjanjian pertanggungan tanpa kewajiban membayar apapun, selama perjanjian pertanggungan tersebut belum mempunyai Nilai Tunai atau Investasi.

Demikian pernyataan kesehatan ini saya buat dengan sebenar-benarnya

Ditandatangani di : _____ Tanggal (tgl/bln/tahun): __ / __ / ____

Pemegang Polis

(Nama Lengkap dan Tanda Tangan)

Tertanggung

(Nama Lengkap dan Tanda Tangan)

Diterima dan Diperiksa oleh,
Kantor Pemasaran/RSC/NSC

(Nama Lengkap dan Tanda Tangan CSO/OM/PIC)