

# FORMULIR

## Perubahan Polis Non Unit Link

- > Mohon mengisi dengan LENGKAP dan JELAS, dengan menggunakan tinta hitam dan huruf cetak.
- > Beri tanda "✓" pada kotak jawaban yang sesuai.
- > Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua kolom telah diisi dengan lengkap sebelum menandatangani.
- > Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan Calon Pemegang Polis di sebelahnya.

**Saya yang bertanda tangan di bawah ini:**

Nama Pemegang Polis

No. KTP/SIM/Paspor  (Fotokopi dilampirkan)

Tempat/Tanggal Lahir  /  -  -

Jenis Kelamin  Pria  Wanita Kewarganegaraan :  WNI  WNA  (Sebutkan Nama Negara)

Nomor Polis

Nama Produk

Alamat Surat Menyurat

Kota  Kode Pos

No. Telepon  
 Rumah  -   
 Kantor  -   
 Handphone  -

Alamat E-mail

**JENIS PERUBAHAN:**

**1. Perubahan Cara Pembayaran Premi**

Lama :  Tahunan  Semesteran  Kwartalan  Bulanan  
 Baru :  Tahunan  Semesteran  Kwartalan  Bulanan

**2. Perubahan Alamat Pemegang Polis untuk surat-menyurat**

Alamat Surat Menyurat

Kota  Kode Pos

No. Telepon  
 Rumah  -   
 Kantor  -   
 Handphone  -

**3. Perubahan/Koreksi Data Tertanggung**

Data Tertanggung sebelum perubahan

Tertanggung	Nama	Tanggal Lahir	Jenis Kelamin
Pemegang Polis			
Pasangan			
Anak 1			
Anak 2			
Anak 3			

Data Tertanggung sesudah perubahan

Tertanggung	Nama	Tanggal Lahir	Jenis Kelamin
Pemegang Polis			
Pasangan			
Anak 1			
Anak 2			
Anak 3			

**4. Perubahan/Pengurangan/Penambahan/Koreksi Menerima Manfaat\***

Data Tertanggung sebelum perubahan

Penerima Manfaat	Nama	%	Hubungan dengan Pemegang Polis	Tanggal Lahir
Ahli Waris 1				
Ahli Waris 2				
Ahli Waris 3				
Ahli Waris 4				
Ahli Waris 5				

Data Tertanggung setelah perubahan

Penerima Manfaat	Nama	%	Hubungan dengan Pemegang Polis	Tanggal Lahir
Ahli Waris 1				
Ahli Waris 2				
Ahli Waris 3				
Ahli Waris 4				
Ahli Waris 5				

\*) Penerima Manfaat harus anggota keluarga yang memiliki hubungan darah dan sah sesuai hukum.

**5. Perubahan Plan/ Uang Pertanggung\*\*)**

Plan/Uang Pertanggung (Lama) :

Plan/Uang Pertanggung (Baru) :

\*\*\*) Hanya dapat dilakukan untuk beberapa jenis Produk Asuransi dengan melampirkan formulir pernyataan kesehatan dan dokumen pendukung lainnya.

## 6. Perubahan Nomor Tabungan/Nomor Kartu Kredit/Virtual Account/Payment Gateway

Kartu Kredit    Rekening    Virtual Account    Payment Gateway

### LAMA

Nomor Rekening:

Kartu Kredit:

Exp.  /

Virtual Account:

No. Payment Gateway:

### BARU

Nomor Rekening :

Kartu Kredit :

Exp.  /

Virtual Account:

No. Payment Gateway:

## 7. Perubahan Kuasa Pendebeban

Nama Pemberi Kuasa

Nomor KTP/SIM

Alamat Surat Menyurat

Kota  Kode Pos

No Rekening/No Kartu Kredit Pendebeban

Keterangan Kuasa Pendebeban

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Pemberi Kuasa**

(Nama Jelas & Tanda Tangan)

## 8. Perubahan Lain-lain

## 9. Permohonan Pemulihan Polis (HIP, TL, PA, DD, ESC)

Silakan melengkapi dan menandatangani formulir permohonan pemulihan Polis berikut. Kirimkan kembali melalui faks atau pos ke alamat kami beserta fotokopi bukti transfer pembayaran tunggakan premi.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Pemegang Polis	<input type="text"/>																							
Nomor Polis	<input type="text"/>																							
Nama Produk	<input type="text"/>																							
Alamat Surat-menyurat	<input type="text"/>																							
	<input type="text"/>																							
	<input type="text"/>																							
	<input type="text"/>																							
No. Telepon	Rumah	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Kode Pos	<input type="text"/>																		
	Kantor	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>																				
	Handphone	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>																				

Dengan ini mengajukan permohonan pemulihan Polis sesuai data di atas dan menyatakan bahwa saya :

1. Bersedia mengisi pertanyaan kesehatan (terlampir) dengan lengkap dan berdasarkan keadaan diri saya yang sebenarnya;
2. Memahami dan menyetujui bahwa Cigna berhak melakukan penilaian terhadap jawaban pertanyaan kesehatan yang saya berikan serta menerima atau menolak permohonan pemulihan Polis ini berdasarkan hasil penilaian tersebut; dan
3. Menyetujui syarat dan ketentuan Pemulihan Polis seperti tercantum di bawah ini.

### SYARAT DAN KETENTUAN PEMULIHAN POLIS:

1. Keterangan yang diberikan pada lembar pertanyaan kesehatan menjadi satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
2. Seluruh Premi yang tertunggak sampai dengan tanggal diajukannya permohonan pemulihan Polis ini wajib untuk terlebih dahulu dibayar lunas dengan melampirkan copy bukti transfer pembayaran tunggakan premi tersebut ke :

**Bank : CIMB Niaga, Cab Thamrin**  
**Nomor Rekening : 008.01.22839.00.0**  
**Atas Nama : PT Asuransi Cigna**

3. Perlindungan asuransi tidak akan berlaku sebelum Cigna:
  - a. menyetujui keterangan yang diberikan pada lembar pertanyaan kesehatan; dan
  - b. menerima pembayaran seluruh premi yang tertunggak sampai dengan tanggal diajukannya permohonan pemulihan Polis ini.
4. Cigna akan mengirimkan surat persetujuan pemulihan Polis kepada Pemegang Polis sebagai bukti pengaktifan Polis dan dimulainya kembali perlindungan asuransi atas diri nasabah.
5. Khusus untuk Polis yang memiliki Santunan Harian Rawat Inap maka batasan klaim manfaat asuransi yang diberlakukan kembali dalam pemulihan Polis ini hanya mencakup:
  - a. Perawatan rumah sakit karena cedera tubuh akibat kecelakaan yang terjadi setelah tanggal persetujuan pemulihan Polis.
  - b. Perawatan rumah sakit karena penyakit baru akan diberikan jika penyakit tersebut timbul dalam waktu 60 (enam puluh) hari setelah tanggal persetujuan pemulihan Polis. (butir (a) dan (b) di atas hanya berlaku apabila Polis yang dipulihkan adalah Polis Hospin)
6. Pemulihan Polis hanya boleh dilakukan 1 (satu) kali. Apabila setelah disetujuinya pemulihan Polis tersebut di atas, pendebitan premi terhadap Kartu Kredit Rekening yang ditunjuk tidak berhasil dilakukan selama 3 (tiga) bulan berturut-turut, maka Polis akan dibatalkan dan selanjutnya tidak dapat dipulihkan kembali.
7. Premi berikutnya atas Polis yang dipulihkan akan didebet dari Kartu Kredit\*/Rekening sesuai data di bawah ini:

### Bila pendebitan melalui Kartu Kredit

Nomor Kartu Kredit

Jenis Kartu  Visa/Master (mohon dicoret yang tidak perlu) Masa Berlaku Kartu  /  s/d  /

Bank Penerbit Kartu

### Bila pendebitan melalui Rekening Bank

Nomor Rekening

Bank

\*Untuk produk asuransi tertentu, perubahan dari Kartu Kredit terdahulu ke Kartu Kredit baru milik penerbit kartu lainnya tidak diperbolehkan

8. Apabila permohonan pemulihan Polis ini tidak disetujui, maka premi akan dikembalikan ke rekening/kartu kredit tersebut di atas.

## 10. Pertanyaan Kesehatan

Jika diperlukan, mohon mengisi formulir di bawah ini selengkap-lengkapnyanya. Beri tanda “✓”.

NO.	PERTANYAAN KESEHATAN	TERTANGGUNG UTAMA		PASANGAN	
		YA	TIDAK	YA	TIDAK
1.	Mohon untuk menuliskan Tinggi Badan (TB) dan Berat Badan (BB) Anda.	TB: _____ cm	BB: _____ cm	TB: _____ cm	BB: _____ cm
2.	Apakah terdapat perubahan Berat Badan dalam 12 bulan terakhir ini ? Jika “Ya”, mohon jelaskan _____ _____				
3.	Apakah Anda sedang, direncanakan atau dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan atau berkonsultasi dengan Dokter Anda sehubungan dengan kondisi kesehatan Anda dalam 6 bulan ke depan? _____ _____				
4.	Apakah ada anggota keluarga Anda (ayah,ibu,adik, kakak) yang menderita Penyakit Jantung, Kanker dan/ atau stroke, sebelum mencapai usia 60 tahun? _____ _____				

5.	Apakah Anda pernah, sedang, direncanakan atau dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan, pengobatan rutin, dalam pengawasan Dokter atau menjalani perawatan rumah sakit atau operasi/pembedahan?  _____  _____  _____				
<small>(Daftar Pertanyaan Penyakit : Penyakit Jantung, Stroke/Kelainan Pembuluh Darah Otak, Kelainan Hormonal, Darah Tinggi, Gangguan Hati dan/ Empedu, Asma, Kencing Manis, Kelainan Ginjal dan/atau Saluran Kemih, TBC, Epilepsi, Kelainan Tulang dan/ Sendi, AIDS dan HIV, Kanker/Tumor, Kelainan Darah dan/atau Pembuluh Darah, Kelainan Bawaan, Nyeri Dada, Saluran Pernapasan, gangguan mental atau kecemasan berlebihan, gangguan di usus besar, Hamil dan penyakit atau kondisi lain yang tidak disebutkan di atas).</small>					
6.	Apakah Anda merokok ? Jika "Ya" dalam 1 hari _____ batang				
7.	Apakah Anda sedang hamil sekarang? Jika "Ya", berapa minggu? _____				

**Bila Anda menyertakan Anak dalam Polis Anda, mohon tambahkan jawaban pada kolom pertanyaan di bawah ini: Mohon tuliskan nama anak pada kolom kosong diatas kolom "Ya" dan "Tidak".**

NO.	PERTANYAAN KESEHATAN	(DIISI NAMA ANAK)		(DIISI NAMA ANAK)		(DIISI NAMA ANAK)	
1.	Mohon untuk menuliskan Tinggi Badan (TB) dan Berat Badan (BB) Anda.	TB: ___ cm	BB: ___ cm	TB: ___ cm	BB: ___ cm	TB: ___ cm	BB: ___ cm
		<b>YA</b>	<b>TIDAK</b>	<b>YA</b>	<b>TIDAK</b>	<b>YA</b>	<b>TIDAK</b>
2.	Apakah terdapat perubahan Berat Badan dalam 12 bulan terakhir ini ? Jika "Ya", mohon jelaskan  _____  _____						
3.	Apakah Anda sedang, direncanakan atau dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan atau berkonsultasi dengan Dokter Anda sehubungan dengan kondisi kesehatan Anda dalam 6 bulan ke depan?  _____  _____						
4.	Apakah ada anggota keluarga Anda (ayah, ibu, adik, kakak) yang menderita Penyakit Jantung, Kanker dan atau Stroke, sebelum mencapai usia 60 tahun ?  _____						
5.	Apakah Anda pernah, sedang, direncanakan atau dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan, pengobatan rutin, dalam pengawasan Dokter atau menjalani perawatan rumah sakit atau operasi/pembedahan?  _____  _____  _____  _____						
<small>(Daftar Pertanyaan Penyakit : Penyakit Jantung, Stroke/Kelainan Pembuluh Darah Otak, Kelainan Hormonal, Darah Tinggi, Gangguan Hati dan/ Empedu, Asma, Kencing Manis, Kelainan Ginjal dan/atau Saluran Kemih, TBC, Epilepsi, Kelainan Tulang dan/ Sendi, AIDS dan HIV, Kanker/Tumor, Kelainan Darah dan/atau Pembuluh Darah, Kelainan Bawaan, Nyeri Dada, Saluran Pernapasan, gangguan mental atau kecemasan berlebihan, gangguan di usus besar, Hamil dan penyakit atau kondisi lain yang tidak disebutkan di atas).</small>							

6.	Apakah Anda merokok ? Jika "Ya" dalam 1 hari _____ batang						
7.	Apakah Anda sedang hamil sekarang? Jika "Ya", berapa minggu? _____						

Semua Keterangan yang diberikan pada formulir ini adalah benar. Apabila di kemudian hari diketahui bahwa keterangan/ Pernyataan/ pemberitahuan yang disampaikan tidak benar, maka pengajuan ini akan batal demi hukum.

Dengan dibatalkannya Polis tersebut di atas, maka kewajiban PT Asuransi Cigna terhadap saya, berdasarkan polis tersebut, telah berakhir dan saya membebaskan PT Asuransi Cigna dari segala kewajiban-kewajiban yang berhubungan dengan Polis tersebut serta tidak akan mengajukan tuntutan-tuntutan dalam bentuk apapun di kemudian hari.

Ditandatangani di:

Tanggal  /  /   
 tanggal            bulan            tahun

Pemegang Polis	Tertanggung	Pasangan	Petugas Cigna	
(Nama Jelas & Tanda Tangan)	(Nama Jelas & Tanda Tangan)	(Nama Jelas & Tanda Tangan)	(Nama Jelas & Tanda Tangan)	Kode:  No.Telepon: