FORMULIR PEMULIHAN POLIS
Reinstate Policy Form

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong / *Do not sign this form in the empty state*
Mohon mengisi dengan lengkap dengan menggunakan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberikan tanda X pada kotak jawaban yang sesuai / *Please fill out completely by using black ink, capital letters, clear and an "X" in the appropriate answer box*
Formulir ini harus diisi dengan benar dan lengkap, karena formulir ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dan menjadi dasar perjanjian pertanggungan yang dinyatakan dalam Polis antara PT BNI Life Insurance (selanjutnya disebut sebagai Penanggung) dengan Pemegang Polis. *This form must be filled correctly and completely, because this form is an inseparable part and became the basis of the insurance agreement is stated in the policy between PT BNI Life Insurance (hereinafter as the Insurer) with the Policy Holder.*

Yang bertandatangan di bawah ini / *The undersigned:*

Nama Pemegang Polis : *Policy Holder Name*

Nama Tertanggung : *The Insured Name*

Nomor Polis : *Number Policy*

Alamat Saat ini : *Current Address*

Nomor: RT/RW /

Kota / *City*

Kode Pos / *Postal Code*

Nomor Telepon : Rumah / *Resident* - Kantor / *Office* -

HP:

Alasan keterlambatan pembayaran premi: *The reason of premium late payment*

Premi Tertunggak telah dibayarkan melalui *Unpaid premiums have been paid through* Bank: Tanggal / *Date:* - -

Sebesar Rp / USD / *Amount:*

Keterangan / *Information*	Berat badan / *Weight*	Tinggi badan / *Height*	Ada perubahan berat badan / *Any change in weight?*
Pemegang Polis / *Policy Holder*			
Tertanggung / *Insured*			

Pertanyaan / *Questions*	Tertanggung / Insured		Pemegang Polis / *Policy Holder*	
	Ya / *Yes*	Tidak / *No*	Ya / *Yes*	Tidak / *No*
1 Apakah Tertanggung/Pemegang Polis sekarang dalam keadaaan sehat? *Is the Insured/Policy Holder healthy?*				
2 Sejak Polis tersebut di atas berlaku apakah Tertanggung/Pemegang Polis / *Since the policy above applies whether the insured / policyholder:* a. Pernah berkonsultasi dengan dokter, dirawat di Rumah Sakit, menjalani operasi atau mendapat perawatan? *Has the Insured been consult to a doctor, hospitalized, had surgery or had a treatment?* b. Pernah dianjurkan oleh dokter atau pernah melakukan pemeriksaan kesehatan diagnostic, check up seperti : sinar X, MRI, USG, CT scan, ECG,treadmill, darah, urine atau pemeriksaan laboratorium lainnya? *Ever recommended by a doctor or ever perform diagnostic medical examinations, medical check-up such as: X-ray, MRI, USG, CT scan, ECG, treadmill, blood test, urine or other laboratory tests?* c. Menderita cacat atau kelainan fisik? *Has the patient suffer disability or physical disorder?*				
3 Apakah Tertanggung/Pemegang Polis mempunyai kebiasaan / *Whether the Insured/Policy Holder has this habit:* a. Merokok? Jika YA, berapa batang dalam sehari? / *Smoking? If YES, how many cigarettes per day?* b. Menggunakan obat bius/narkotik ,obat/zat terlarang? *Using drugs/narcotics, drugs/prohibitted substances?* c. Minum alkohol? Jika YA, berapa banyak dalam seminggu? / *Drinking alcohol? If YES, how many in a week?*				
4 Apakah kondisi kesehatan Tertanggung/Pemegang Polis sekarang dalam keadaan terganggu, memerlukan atau dianjurkan operasi atau dalam perawatan dokter /makan obat untuk alasan apapun? *Whether the Insured/Policy Holder is unhealthy, recommended or requires surgery or under the treatment/on medication for any reason?*				
5 a. Apakah Tertanggung sering melakukan kegiatan penerbangan komersial/non-komersial? *Does the Insured has frequent flights activities?* b. Apakah Tertanggung pernah atau bermaksud ikut dalam olah raga yang beresiko tinggi ? (Balap mobil, terjun payung, dll) / *Does the Insured have or intend to participate in high-risk sports? (Car racing, skydiving, etc.)*				
6 Hanya untuk wanita / *Only for female:* a. Apakah Anda sekarang sedang hamil ? bila YA,____bulan / *Are you pregnant now? if YES, ____ months* b. Apakah ada gangguan menstruasi atau menstruasi tidak teratur? / *Is there any menstruation cycle problem?* c. Tanggal terakhir menstruasi: ___ / *Last date of menstruation:* ___ d. Tanggal terakhir Anda melahirkan: _____ / The last birth date: _____				

Perincian jawaban YA , tulislah nomor pertanyaan, berikan diagnosa, tanggal, lamanya, nama & alamat dokter yang merawat /
Details of the answer is YES, please describe the number of questions, diagnosis, date, duration, name and address of the treating physician:

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA / *Statement and The Power of Attorney*

1 Saya dan Tertanggung menyatakan dan menyetujui bahwa semua jawaban-jawaban atas pertanyaan-pertanyaan di atas, baik yang saya tulis sendiri maupun tidak, adalah lengkap dan benar serta dapat dipertanggungjawabkan /
I and the Insured proclaime and agree that all the answers to the questions above, both of which I wrote myself or not, is complete and correct and can be accounted for

2 Saya dan Tertanggung setuju bahwa jawaban-jawaban pada formulir ini telah dijadikan dasar untuk pemulihan Polis /
I and the Insured agree that the answers on this form has been used as the basic for the policy reinstate.

3 Pemulihan Polis ini mulai berlaku sejak permohonan ini disetujui oleh Penanggung selama Tertanggung masih hidup serta layak asuransi dan premi yang diperlukan untuk pemulihan polis telah dibayar penuh.
This Policy Reinstate shall be effective as of this application is approved by the Insurer as the insured is still alive and well worth the insurance and premiums required for recovery policy has been full paid.

Pemberian Kuasa ini tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam Pasal 1813, 1814 dan 1816 KUH Perdata, baik pada saat saya hidup ataupun sudah meninggal kepada seluruh dokter terdaftar, Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik, Laboratorium, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan, Organisasi atau pihak lainnya yang mempunyai catatan atau keterangan dan/atau informasi mengenai keadaan atau riwayat kesehatan atas diri saya dan Tertanggung, untuk memberikan semua catatan dan/atau keterangan tersebut kepada Penanggung atau pihak lain yang diberi kuasa olehnya. Apabila diperlukan Surat Kuasa lain yang lebih khusus sehubungan dengan pemberian kuasa ini, maka Surat Kuasa tersebut dianggap sudah termasuk dalam Surat Kuasa ini. Fotokopi dari Surat Kuasa ini, memiliki kekuatan hukum yang sama kuat dan sah seperti aslinya

Authorisation is not going to end for reasons set forth in Article 1813, 1814 and 1816 Civil Code, whether I live or dead to all registered doctors, hospitals, health centers, clinics, laboratories, insurance company, legal entity, individuals, organizations or other parties who have a record or information and / or information regarding the condition or medical history of myself and insured, to provide all records and / or information to the Insurer or the other party, duly authorized by him. Power of Attorney if necessary other, more specifically in connection with the this authorization, the Power of Attorney is considered to have included in this Power of Attorney. Photocopies of this Power of Attorney, has the same legal force strong and valid as the original

Ditanda tangani di: | | | | | | | | | | | | | | Tanggal: | | - | | | - | | | | |
Signed in *Date*

Tertanggung / *The Insured*

(Tanda tangan dan Nama)
Signature and Name

Pemegang Polis / *Policy Holder*

(Tanda tangan dan Nama)
Signature and Name

Mengetahui / *Acknowledged:*
Nama & Kode Agen / BAS : .....
Name & Code of Agent / BAS

Tanda Tangan Agen / BAS
Signature

Data yang tertera didalam Formulir pengajuan ini merupakan milik PT BNI Life Insurance, seluruh Pegawai dan Tenaga Pemasar diwajibkan menjaga keamanan data dan tidak diperkenankan untuk melakukan publikasi maupun penyebaran data diluar sepengetahuan dan perizinan dari PT BNI Life Insurance. Jika formulir ini diketahui tercecer maupun tidak tersimpan dalam kondisi aman, mohon untuk dapat memberitahukan ke PT BNI Life Insurance melalui E-mail : care@bni-life.co.id atau hubungi (021) 1 500 045

The data contained in this application form is owned by PT BNI Life Insurance , all Employee and entire Marketers are required to maintain the data security and are not allowed to publish and disseminate of knowledge and licensing of data outside of PT BNI Life Insurance . If this form is scattered and not stored in a safe condition , please inform PT BNI Life Insurance through E - mail : care@bni-life.co.id or call (021) 1 500 045