

FORMULIR

Permohonan Pemulihan Polis (HIP, TL, PA, DD, ESC)

Silakan melengkapi dan mentandatangani 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																					
Nomor Polis																					
Nama Produk																					
Alamat Surat-menyurat																			Kode Pos		
No. Telepon	Rumah				-																
	Kantor				-																
	Handphone				-																

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

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

SYARAT DAN KETENTUAN PEMULIHAN POLIS:

- Keterangan yang diberikan pada lembar pertanyaan kesehatan menjadi satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
- 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
- Perlindungan asuransi tidak akan berlaku sebelum PT Asuransi Cigna :
 - menyetujui keterangan yang diberikan pada lembar pertanyaan kesehatan; dan
 - menerima pembayaran seluruh premi yang tertunggak sampai dengan tanggal diajukannya permohonan pemulihan Polis ini.
- PT Asuransi Cigna akan mengirimkan surat persetujuan pemulihan Polis kepada Pemegang Polis sebagai bukti pengaktifan Polis dan dimulainya kembali perlindungan asuransi atas diri nasabah.
- Khusus untuk Polis yang memiliki Santunan Harian Rawat Inap maka batasan klaim manfaat asuransi yang diberlakukan kembali dalam pemulihan Polis ini hanya mencakup :
 - Perawatan rumah sakit karena cedera tubuh akibat kecelakaan yang terjadi setelah tanggal persetujuan pemulihan Polis.
 - 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)**
- 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.

Ditandatangani di:

Tanggal / /

tanggal bulan tahun

Pemegang Polis

(Nama Jelas & Tanda Tangan)