

FORMULIR PERMOHONAN TRANSAKSI KEUANGAN POLIS UNIT LINK

FORMULIR OF FINANCIAL TRANSACTION FOR UNIT LINK POLICY



Saya yang bertanda tangan dibawah ini, setuju untuk mengajukan / I, the undersigned below, agree to submit:

No. Polis / Policy Number	
Nama Lengkap Tertanggung / Insured Full Name	
Nama Lengkap Pemilik Polis / Policy Owner Full Name	
Nomor Induk Kependudukan Pemilik Polis / Policy Owner National Identity Number	
No.Telepon Rumah Pemilik Polis / Policy Owner Home Telephone Number	
No.Telepon Selular Pemilik Polis / Policy Owner Mobile Phone Number	
Alamat E-mail Pemilik Polis / Policy Owner E-mail Address	
Nama Tenaga Pemasar / Agent Name	
Kode Tenaga Pemasar / Agent Code	

Wajib Diisi / Mandatory Fill In :

- Apakah ada perubahan data nasabah dari data yang pernah diberikan kepada PT Avrist Assurance ?
(jika Ya, wajib mengisi Formulir Pengkinian Data Nasabah Perseorangan)
Is there any data changes from previous one given to Avrist ?
(If YES, it is mandatory to fill in Formulir Pengkinian Data Nasabah Perseorangan)

Ya / Yes Tidak / No
- Apakah ada perubahan data nomor rekening yang pernah diberikan kepada PT Avrist Assurance ?
(jika Ya, wajib mengisi Formulir Perubahan untuk Nomor Rekening)
Is there any data change to the account number data that has been given to PT Avrist Assurance?
(if Yes, it is mandatory to fill in Formulir Perubahan untuk Nomor Rekening)

Ya / Yes Tidak / No

Catatan / Note :

- Mohon mengisi formulir ini dengan huruf kapital dan diisi sendiri.
Please fill out this form in capital letters and fill it out yourself.
- Formulir asli harus diterima oleh kantor pusat PT Avrist Assurance.
Original form must be received at PT Avrist Assurance Head Office.
- Beri tanda [V] pada box untuk perubahan yang diajukan.
Please give remarks [V] in the box for request change as submitted.
- Lampirkan fotokopi Kartu Tanda Penduduk elektronik (e-KTP) Pemilik Polis / Tertanggung yang masih berlaku.
Attach Policy Owner / Insured's valid electronic Identity Card.
- Untuk mempercepat proses pengajuan Anda, harap melengkapi seluruh persyaratan dalam formulir ini dan dokumen pendukungnya.
For a smooth process, please complete all requirements in this form and supporting documents.
- Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan paraf Pemilik Polis disebelahnya sesuai dengan yang tertera pada e-KTP.
If any writing error, do not erase but crossed out and put a sign of Policy Owner beside it as written on electronic Identity Card.

1. PERMOHONAN PEMBATALAN POLIS DAN PENARIKAN DANA SEBAGIAN / SURRENDER – FREELook – PARTIAL WITHDRAWAL

Pilih salah satu / Select One

<input type="checkbox"/> Pembatalan Polis dalam Masa Mempelajari Polis Freelook	<input type="checkbox"/> Penarikan Dana Sebagian Partial Withdrawal	<input type="checkbox"/> Pembatalan Polis Surrender
--	--	--

- A. Alasan pengajuan transaksi** : **Membutuhkan Dana** / Financial Reason **Tidak merasa puas dengan perlindungan yang dimiliki** / Not satisfy with the insurance coverage **Membeli produk asuransi lain dari Avrist / perusahaan lain** / Purchasing other insurance product from Avrist / other company
- Reason for submitting transaction**
- Sudah sesuai harapan** / Meet Expectation **Lainnya, Sebutkan** / Others, please mention _____

- B. Jumlah yang di ajukan / Amount requested** :
(Bagian ini hanya untuk Penarikan Dana Sebagian / This section is for Partial Withdrawal application)
- Unit / Units**

JENIS DANA FUND TYPE	UNIT PREMI DASAR BASIC PREMIUM UNIT	UNIT TOP UP BERKALA REGULAR TOP UP UNIT	UNIT TOP UP ADHOC TOP UP ADHOC UNIT
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tanda Tangan Pemilik Polis

A. Data Pemilik Polis / Policy Owner Data

Pekerjaan Pemilik Polis / *Policy Owner's Occupation*

Nama Perusahaan / *Company Name*

Alamat Perusahaan / *Company Address*

(termasuk kota, propinsi, kode pos/include city, province, postal code)

No. Telepon atau Faks Perusahaan / *Company's Telephone or Fax Number*

Jabatan Pemilik Polis di Perusahaan / *Policy Owner's Position in Company*

Pendapatan Bersih per Tahun / *Nett Income per Year*

Sumber Pendapatan / *Source of Income* Gaji / Hasil Usaha Tabungan / Deposito Lainnya / sebutkan
Salary / Business Results Saving / Deposito Others / please mention

B. Sumber Dana Top Up Adhoc / Source Account

Informasi bank sumber dana Top Up Adhoc / *Source Account for Top Up Adhoc*

Nama Bank / *Bank Name*

Nama Cabang / *Branch*

Pemilik Rekening / *Account Name*

Nomor Rekening / *Account Number*

Mata Uang Rekening / *Currency* IDR USD

C. Pengembalian Dana Transaksi (jika ada) / Refund Transaction Fund (if any)

Ditransfer ke Rekening / *Transfer to bank account*

Nama Pemilik rekening / *Account Name*

Nomor Rekening / *Account Number*

Nama Bank / *Bank Name*

Cabang / *Branch*

Mata Uang / *Currency* IDR USD

D. Syarat dan Ketentuan / Terms and Conditions :

- Permohonan ini tunduk pada syarat dan ketentuan dalam polis serta berlaku efektif setelah permohonan ini secara resmi telah diberitahukan kepada dan diterima oleh PT. Avrist Assurance.
This application is subject to the terms and conditions in the policy and is effective after this application has been officially notified to and accepted by PT. Avrist Assurance.
- Transaksi yang melibatkan pemotongan atau pengkreditan unit akan ditentukan sesuai dengan ketentuan yang telah disebutkan dalam polis pada tanggal penilaian segera setelah penerimaan permohonan ini oleh PT. Avrist Assurance.
Transactions involving withholding or crediting units will be determined according to the terms stated in the policy on the valuation date immediately after receipt this application by PT. Avrist Assurance.

**3. PERMOHONAN PENGALIHAN DANA INVESTASI - PERUBAHAN ALOKASI DANA INVESTASI /
 FUND SWITCHING - FUND ALLOCATION**

A. Pengalihan Dana Investasi / Fund Switching

PENGALIHAN DANA DARI (NAMA DANA/ PORTFOLIO) SWITCHING FROM (FUND NAME/PORTFOLIO)				KE (NAMA DANA) TO (FUND NAME)	PERSENTASE (%) PENGALIHAN (JIKA LEBIH DARI SATU DANA) PERCENTAGE (%) SWITCHING (IF MORE THAN 1 FUND)
UNIT PREMI BERKALA/PREMI TUNGGAL (REGULAR OR SINGLE PREMIUM)		UNIT TOP-UP (JIKA ADA) TOP-UP (IF ANY)			
JENIS DANA FUND NAME	JUMLAH UNIT UNIT AMOUNT	JENIS DANA FUND NAME	JUMLAH UNIT UNIT AMOUNT		
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

Tanda Tangan Pemilik Polis

B. Perubahan Alokasi Dana / Fund Allocation

PERUBAHAN ALOKASI INVESTASI/ INVESTMENT ALLOCATION CHANGE		BERUBAH MENJADI/ CHANGE INTO	
JENIS DANA AWAL PREVIOUS FUND	PERSENTASE AWAL(%) PREVIOUS PERCENTAGE (%)	JENIS DANA FUND NAME	PERSENTASE (%) PERCENTAGE (%)
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

C. Syarat dan Ketentuan / Terms and Conditions :

Pemohonan pengalihan dana investasi ke-5 dalam satu (1) tahun Polis dikenakan biaya berupa pemotongan unit, yang besarnya sesuai dengan Ketentuan pada polis.
Request for the 5th fund switching within one (1) policy year will be charged as unit deduction, which amount based on policy provisions

4. PENGEMBALIAN DANA SUSPEN / REFUND OF SUSPENSE

Pengembalian Dana Suspen / Refund of Suspense

A. Jumlah yang di ajukan
Amount requested

IDR USD

B. Cara Pembayaran/ Payment Method :
Ditransfer ke Rekening/ Transfer to bank account

Nama pemilik rekening / Account Name

Nomor Rekening / Account Number

Nama Bank / Bank Name

Cabang / Branch

Mata Uang / Currency IDR USD

C. Syarat dan Ketentuan / Terms and Conditions :

- Proses pengembalian dana ini dapat dikenakan biaya transfer bank dan akan dilakukan bila formulir asli sudah di terima dan diverifikasi oleh PT. Avrist Assurance.
This refund process may be subject to bank transfer fees and will be carried out when the original form has been received and verified by PT. Avrist Assurance.
- Dana tersebut diatas adalah benar milik Pemilik Polis, dan Pemilik Polis membebaskan PT. Avrist Assurance dari tuntutan pihak manapun atas pengembalian dana tersebut ke rekening Pemilik Polis.
The funds mentioned above are the property of the Policy Owner, and the Policy Owner releases PT. Avrist Assurance from any claims by any party for the return of the funds to the Policy Owner's account.

5. REAKTIVASI POLIS / POLICY REACTIVATION

Reaktivasi Polis / Policy Reactivation

A. Jumlah Premi Reaktivasi
Reactivation Premium Amount

IDR USD

B. Tanggal Jatuh Tempo Premi Reaktivasi :
Premium Reactivation Due Date

/ /
 D D M M Y Y Y Y

C. Pengembalian Dana Transaksi (jika ada) / Refund Transaction Fund (if any)
Ditransfer ke Rekening

Nama pemilik rekening / Account Name

Nomor Rekening / Account Number

Nama Bank / Bank Name

Cabang / Branch

Mata Uang / Currency IDR USD

Tanda Tangan Pemilik Polis

6. PERNYATAAN DAN KUASA / DECLARATION AND AUTHORIZATION

A. Pernyataan / Declaration

Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya mengerti dan menyetujui hal-hal sebagai berikut /

Hereby I declare my understanding and agreement upon the followings:

- Semua pernyataan dan jawaban yang diberikan pada formulir ini beserta dengan kelengkapan dokumen nya sudah lengkap dan benar.
All statements and answers provided in this form along with other documents related are complete and true.
- Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca, memahami dan menyetujui seluruh persyaratan dan ketentuan yang tertera pada formulir ini. Segala risiko, termasuk yang diakibatkan karena formulir ini ditandatangani dalam keadaan kosong/belum terisi lengkap, akan sepenuhnya menjadi tanggung jawab Saya.
I declare that I have read, understand and agree to all the terms and conditions contained in this form. All risks, including those caused by this form being signed blank / incomplete, will be entirely my responsibility.
- Permohonan dalam formulir ini berlaku efektif setelah formulir ini diterima secara sah oleh PT Avrist Assurance dan dengan tunduk pada syarat dan ketentuan dalam polis.
Application in this form effective as received by PT Avrist Assurance and subjected to Policy's Terms and Conditions.
- Saya mengerti bahwa Saya berhak mengubah informasi dan keterangan yang Saya berikan di atas dengan menghubungi kantor PT. Avrist Assurance.
I understand that I have right to change informations given by contacting PT. Avrist Assurance Office.
- Setiap korespondensi terkait formulir ini akan dikirimkan ke alamat email / alamat / no telepon selular terakhir Pemilik Polis yang dicatat dan terdaftar di PT. Avrist Assurance.
Any correspondence related this form will send to update policy owner's email / address / mobile phone stated and registred at PT. Avrist Assurance
- Transaksi yang melibatkan pemotongan atau pengkreditan unit akan ditentukan sesuai dengan ketentuan-ketentuan yang telah disebutkan dalam Polis pada tanggal penilaian segera setelah penerimaan permohonan ini oleh PT. Avrist Assurance.
Any transactions involving the deduction or crediting of the unit will be determined in accordance with the conditions stated in the policy as of the date of assessment as soon as PT. Avrist Assurance accepts this application.
- Selama masa cuti premi, sejumlah unit secara teratur akan dipotong setiap bulan untuk membayar biaya-biaya yang terkait dan semua kontrak tambahan / rider yang terdapat dalam polis akan berakhir secara otomatis pada saat pilihan ini diberlakukan, kecuali polis memiliki nilai investasi premi Top Up yang cukup untuk membayar biaya kontrak tambahan/rider yang melekat pada polis. Pilihan ini tersedia setiap saat dan dalam jangka waktu yang tidak terbatas selama nilai unit masih dapat digunakan untuk membayar biaya yang terkait setiap bulannya (untuk produk Unit Link).
During the leave period of premium a number of units will be deducted regularly every month to pay related cost and all additional contracts / riders will be terminated automatically when this option is applied, unless the Policy has sufficient investment value of Top Up Premium to pay the additional contracts / rider attached to the policy. This option is available at any time and in an unlimited period of time as long as the unit value is still available to be used to pay monthly charged (for Unit Link product).
- Saya akan membebaskan PT. Avrist Assurance dari segala macam tuntutan hukum apapun dan oleh pihak manapun terkait permohonan yang saya ajukan dalam formulir ini.
I will release PT. Avrist Assurance from all kinds of lawsuits and by any party related to the application that I submit in this form.

B. Kuasa / Authority

Selanjutnya Saya memberi kuasa kepada:

PT. Avrist Assurance untuk menggunakan informasi atau keterangan mengenai diri Saya yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh PT. Avrist Assurance (sesuai yang tercantum dalam formulir ini atau sarana lain), Permohonan kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan reasuransi, asuransi, lembaga, bank atau maupun di luar negeri) badan hukum lain baik di dalam yang memiliki hubungan kerjasama dengan PT. Avrist Assurance dalam rangka pengajuan formulir permohonan ini, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, maupun penawaran produk lain kepada Saya. Saya juga mengerti bahwa saya berhak untuk melakukan koreksi atau penambahan atas informasi dan keterangan mengenai Saya tersebut dengan menghubungi kantor PT. Avrist Assurance.

I hereby give the authority to :

PT. Avrist Assurance to use any information or statement regarding myself that is provided, obtained or kept by PT Avrist Assurance (based on this application form or other media) to other party (including but not limited to the reinsurance company, insurance company, institution, bank or other legal entity either inside or outside the country) who has cooperation with PT Avrist Assurance in related to the submission of this application form, claim payment, customer relation or other product offered to me. I also understand that I have right to do any correction or add any additional information and statement regarding by the contacting PT Avrist Assurance.

Setuju / Agreed

Ya
Yes

Tidak
No

C. Keterangan Saksi / Witness Statements

Saya bertemu dan melihat Pemilik Polis pada saat formulir ini ditandatangani

I have met and seen Policy Owner when this form been signed

Bila "Tidak", jelaskan

If "No", please explain

Ya Tidak

Yes

No

Saya merupakan Tenaga Pemasar dari polis ini

I am as an Agent of this policy

Ya

Yes

Tidak

No

Tanggal / Date: / /
D D M M Y Y Y Y

Ditandatangani di / Signed in:

Nama & tanda Tangan Pemilik Polis /
Policy Owner Signature

Nama & tanda Tangan Tertanggung /
Insured Signature

Nama & tanda Tangan Saksi
(SO/CS/Tenaga Pemasar) /
Witness Signature

PERHATIAN | ATTENTION:

1. Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang dibutuhkan telah dipenuhi sebelum menandatangani.

Do not sign on blank form and do make sure all the information needed has already filled before signing the form.

2. Apabila Pemilik Polis atau Tertanggung menandatangani formulir ini di luar wilayah Negara Republik Indonesia, maka formulir ini beserta dokumen pendukungnya harus dilegalisir oleh Pejabat Konsulat Jenderal / Kedutaan Besar Republik Indonesia di lokasi setempat.

If the Policy Owner or the Insured signs this form outside the Republic of Indonesia region then this form and its supporting documents must be legalized by the Consulate General/Embassy of the Republic of Indonesia at the local area

INDONESIA'S LEADING LIFE INSURER WITH ESTABLISHED EXISTENCE SINCE 1975

PT AVRIST ASSURANCE

Office | World Trade Center II LT.7 & 8, Jl. Jend. Sudirman Kav.29-31, Jakarta 12920

t +62 21 5789 8188 | f +62 21 2952 2454 | www.avrist.com