

**SURAT PERMOHONAN ASURANSI JIWA/KECELAKAAN & KESEHATAN
(ANAK-ANAK/REMAJA) USIA 0-17 TAHUN
LIFE/ACCIDENT & HEALTH INSURANCE APPLICATION FORM
(JUVENILE) 0-17 YEARS OLD**



PT AVRIST ASSURANCE

No. Polis / Policy Number

No. Kode Agen / Agent's Code Number

Nama Agen / Agent's Name

No. Virtual Account Bank / Bank Virtual Account Number

Bank Permata : 891100

Bank BCA : 01714

Bank Mandiri : 88690

1. Mohon diisi secara lengkap dan benar menggunakan huruf cetak atau beri tanda (✓) di dalam kotak; coret yang tidak dipilih pada tanda (**)
Fill in correctly and completely using Capital Letter or tick (✓) in the boxes, and delete at (**) as appropriate.
2. Pertanyaan bertanda (*) wajib diisi / (*) sign is mandatory questions.

**A. DATA PEMOHON ATAU CALON PEMILIK POLIS
DETAILS OF APPLICANT OR PROPOSED POLICY OWNER**

A.1. Nama Lengkap (Sesuai KTP/Paspor **) / Full Name (Show on KTP/Passport **) *

A.2. No. Kartu Pengenal (KTP/Paspor **) / IC number (KTP/Passport **) *

A.3. Tanggal Lahir / Date of Birth * / /
Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

A.4. Jenis Kelamin / Gender * Pria / Male Wanita / Female

A.5. Status / Marital Status * Kawin / Married Belum Kawin / Single
 Cerai Hidup / Divorced Cerai Mati / Widowed

A.6. Kewarganegaraan (Hanya diisi oleh WNA) / Nationality (For foreigner only)

A.7. NPWP Pribadi (Jika ada) / Tax Payer ID Number (If any)

A.8. Alamat Tempat Tinggal Sekarang / Current Residential Address *

Kota/City *

Propinsi/Province *

Kode Pos/Postal Code *

No. Telepon/Telephone No. *

Handphone/Handphone No. *

Alamat E-mail pribadi/Personal E-mail address*

A.9. Alamat Tempat Tinggal Sesuai KTP/Paspor ** / Residential Address as shown on KTP/Passport **

Kota/City

Propinsi/Province

Kode Pos/Postal Code

No. Telepon/Telephone No.

A.10. Pekerjaan (Jika pensiun, jelaskan pekerjaan sebelum pensiun) / Occupational (If You are already retired, please fill for Your last occupation) *

- Pemilik, Profesional, Pegawai administrasi di dalam ruangan / Owner, Professional, Administration staff only
- Dokter konsul / Consult doctor only Ibu rumah tangga / Housewife
- Resepsionis / Receptionist Manajer Kantor / Office Manager
- Pegawai bekerja di dalam ruangan non administrasi / Indoor staff non Administration
- Dokter gigi / Dentist Guru / Teacher
- Marketing (menggunakan mobil) / Marketing (using car) Kasir / Cashier
- Pegawai yang menggunakan alat atau mesin ringan / Staff who involving the use of tools or light machinery
- Kurir / Messenger Pelayan / Maid
- Supir (mobil 4 ban) / Driver (4 wheels car) Petani / Farmer
- Pegawai yang menggunakan alat atau mesin berat / Staff who involving the use of tools or heavy machinery
- Supir truk / Truck driver Pekerja pabrik / Factory labourer
- Lepas pantai (tidak bahan peledak) / Offshore (non explosive) Pekerja bangunan / Building worker
- Pegawai yang mempunyai tugas khusus / Staff who has on special duties
- Penyelam / Diver Pemadam / Fireman
- Pekerja pengeboran / Drilling employee Polisi, TNI bersenjata / Armed Police, Army
- Jelaskan jika lainnya / If others please explain

A.11. Nama Perusahaan / Company's Name

A.12. Jenis Usaha / Nature of Business

A.13. Alamat Perusahaan / Company's Address *

Kota/City *

Propinsi/Province *

Kode Pos/Postal Code *

No. Telepon/Telephone No. *

Alamat E-mail kantor/Office E-mail address*

A.14. Pekerjaan Lainnya (Jika ada) / Other Occupation (If any)

A.15. Penghasilan Bersih per Tahun / Nett Annual Income *

- A.16. Sumber Dana untuk Pembayaran Premi / *Source of Income for Premium Payment* *
 Gaji/Hasil Usaha / *Salary/Business Proceeds* Tabungan/Deposito / *Saving/Deposit*
 Lainnya (Sebutkan) / *Others (Please explain)*
- A.17. Tujuan Asuransi / *Purpose of Insurance* *
- A.18. Apakah ada pihak lain (*Beneficial Owner*) yang memiliki dana atau yang melakukan pembayaran premi ataupun melakukan transaksi selain Calon Pemilik Polis dan atau Calon Tertanggung? / *Is there any party (Beneficial Owner) who have fund or make premium payment or make transaction other than Proposed Policy Owner and or Proposed Insured?*
 Ya (Harap isi formulir *Beneficial Owner*) / *Yes (Please fill Beneficial Owner Form)* Tidak / *No*

- A.19. Apakah Anda bersedia jika Polis dan seluruh dokumen terkait asuransi dikirimkan lewat e-mail? / *Are You willing to accept the Policy and all insurance documents sending by e-mail?* *
 Ya / *Yes* Tidak / *No*
 Jika "Ya", mohon sebutkan alamat e-mail yang digunakan / *If "Yes", please choose e-mail address is used*
 E-mail pribadi / *Personal e-mail* E-mail perusahaan / *Company's e-mail*
 Jika "Tidak", mohon sebutkan alamat yang digunakan / *If "No", please choose correspondence address is used*
 Alamat tinggal sekarang / *Current residential address* Alamat Perusahaan / *Company's address*

B. DATA CALON TERTANGGUNG / DETAILS OF PROPOSED INSURED

- B.1. Nama Lengkap (Sesuai Akta Kelahiran) / *Full Name (Show on Birth Certificate)* *
- B.2. No.Akta Kelahiran / *Birth Certificate Number* *
- B.3. Tanggal Lahir / *Date of Birth* * / /
Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year
- B.4. Jenis Kelamin / *Gender* * Pria / *Male* Wanita / *Female*
- B.5. Kewarganegaraan (Hanya diisi oleh WNA) / *Nationality (For foreigner only)*

- B.6. Alamat Tempat Tinggal Sekarang (jika berbeda dengan A.8) / *Current Residential Address (if different with A.8)* *

 Kota/City *
 Propinsi/Province *
 Kode Pos/Postal Code *
- B.7. Hubungan dengan Calon Pemilik Polis / *Relationship to Proposed Policy Owner* *

C. KETERANGAN MENGENAI INFORMASI BANK PEMOHON / BANK ACCOUNT INFORMATION OF APPLICANT

- C.1. Nama Bank / *Bank Name* *
- C.2. Nama Cabang / *Branch Name* *
- C.3. Mata Uang Rekening / *Currency* * Rupiah / *IDR* Dollar / *USD*

- C.4. Nama Pemilik Rekening / *Bank Account Name* *
- C.5. No. Rekening / *Account Number* *

D. DATA YANG DITUNJUK - Semua Yang Ditunjuk akan mendapat bagian yang sama besar, kecuali dinyatakan lain dalam kolom berikut ini: DETAILS OF BENEFICIARY - Unless otherwise stated in the following column, multiple beneficiaries will share equally:

Yang Ditunjuk harus memiliki hubungan kepentingan dengan Calon Tertanggung, seperti adik/kakak kandung atau orang tua kandung. Harap menanyakan kepada Perusahaan sebelum mengisi kolom ini.
The Beneficiary must has an insurable interest with the Proposed Insured, such as biological brothers/sisters or biological parents. Please consult to the Company before filling in this column.

Nama Yang Ditunjuk <i>Name of Beneficiary</i> *	Jenis Kelamin <i>Gender</i> *	Tanggal Lahir (hh/bb/tttt) <i>Date of Birth (dd/mm/yyyy)</i> *	Hubungan Keluarga <i>Family Relationship</i> *	Persentase <i>Percentage</i>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria / <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Wanita / <i>Female</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ayah Kandung/ <i>Biological Father</i> <input type="checkbox"/> Ibu Kandung/ <i>Biological Mother</i> <input type="checkbox"/> Kakak Kandung/ <i>Older Sibling</i> <input type="checkbox"/> Adik Kandung/ <i>Younger Sibling</i>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria / <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Wanita / <i>Female</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ayah Kandung/ <i>Biological Father</i> <input type="checkbox"/> Ibu Kandung/ <i>Biological Mother</i> <input type="checkbox"/> Kakak Kandung/ <i>Older Sibling</i> <input type="checkbox"/> Adik Kandung/ <i>Younger Sibling</i>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria / <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Wanita / <i>Female</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ayah Kandung/ <i>Biological Father</i> <input type="checkbox"/> Ibu Kandung/ <i>Biological Mother</i> <input type="checkbox"/> Kakak Kandung/ <i>Older Sibling</i> <input type="checkbox"/> Adik Kandung/ <i>Younger Sibling</i>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria / <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Wanita / <i>Female</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ayah Kandung/ <i>Biological Father</i> <input type="checkbox"/> Ibu Kandung/ <i>Biological Mother</i> <input type="checkbox"/> Kakak Kandung/ <i>Older Sibling</i> <input type="checkbox"/> Adik Kandung/ <i>Younger Sibling</i>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria / <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Wanita / <i>Female</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ayah Kandung/ <i>Biological Father</i> <input type="checkbox"/> Ibu Kandung/ <i>Biological Mother</i> <input type="checkbox"/> Kakak Kandung/ <i>Older Sibling</i> <input type="checkbox"/> Adik Kandung/ <i>Younger Sibling</i>	<input type="text"/>

E. KETERANGAN MENGENAI ASURANSI YANG DIMOHONKAN / DETAILS OF INSURANCE APPLIED FOR

MATA UANG POLIS / POLICY CURRENCY *

Rupiah / IDR Dollar / USD

CARA PEMBAYARAN PREMI POLIS / MODE OF PAYMENT *

Bulanan / Monthly Tiga Bulanan / Quarterly Tengah Tahunan / Semi Annually Tahunan / Annually
 Tunggal / Single

E.I. PERMOHONAN ASURANSI KECELAKAAN DAN KESEHATAN / ACCIDENT AND HEALTH INSURANCE

E.I.1.a. PRODUK ASURANSI / INSURANCE PRODUCT *

b. JENIS PLAN / PLAN TYPE *

Silver Gold Platinum
 Lainnya / Others

c. KETERANGAN TAMBAHAN UNTUK ASURANSI KESEHATAN / ADDITIONAL INFO FOR HEALTH INSURANCE *

Merokok / Smoking Tidak Merokok / No Smoking Perorangan / Single Plan Keluarga / Family Plan *

*)Harap isi bagian F dan seterusnya untuk Anggota Keluarga jika bagian ini dipilih / Please fill part F and forth for Family Member if this part is choosen

E.I.2. FAEDAH TAMBAHAN / RIDER *

PW NCB
 Lainnya / Others

E.I.3. JUMLAH PREMI YANG DIBAYARKAN / PREMIUM PAID AMOUNT *

E.II. PERMOHONAN ASURANSI JIWA / LIFE INSURANCE

E.II.1. POLIS DASAR / BASIC POLICY

a. Produk Asuransi / Insurance Product *

b. Jumlah Uang Pertanggungan / Sum Assured Amount *

E.II.2. FAEDAH TAMBAHAN - Jenis dan Jumlah Pertanggungan Faedah Tambahan / RIDER - Name and Sum Assured Amount of Rider *

<input type="checkbox"/> PB	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E.II.3. JUMLAH PREMI YANG DIBAYARKAN / PREMIUM PAID AMOUNT *

E.III. PERMOHONAN ASURANSI JIWA DENGAN INVESTASI / LIFE INSURANCE WITH INVESTMENT

E.III.1. POLIS DASAR / BASIC POLICY

a. Produk Asuransi / Insurance Product *

b. Jumlah Uang Pertanggungan / Sum Assured Amount *

c. Jumlah Premi Berkala / Regular Premium Amount *

d. Jumlah Premi Tunggal / Single Premium Amount *

E.III.2. FAEDAH TAMBAHAN - Jenis dan Jumlah Pertanggungan Faedah Tambahan / RIDER - Name and Sum Assured Amount of Rider *

<input type="checkbox"/> PB	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E.III.3. TOP-UP BERKALA (JUMLAH PREMI TOP-UP BERKALA) / REGULAR TOP-UP (REGULAR TOP-UP PREMIUM AMOUNT) *

E.III.4. TOP-UP AD HOC (JUMLAH PREMI TOP-UP ADHOC) / AD HOC TOP-UP (ADHOC TOP-UP PREMIUM AMOUNT) *

E.III.5. JUMLAH PREMI YANG DIBAYARKAN (JUMLAH PREMI DASAR + TOP-UP) / PREMIUM PAID AMOUNT (AMOUNT OF BASIC PREMIUM + TOP-UP) *

E.III.6. ALOKASI PREMI UNTUK INVESTASI / PREMIUM ALLOCATION FOR INVESTMENT *

JENIS DANA INVESTASI POLIS RUPIAH / INVESTMENT FUND TYPE OF IDR POLICY	JENIS DANA INVESTASI POLIS DOLLAR / INVESTMENT FUND TYPE OF USD POLICY	PREMI DASAR/ BASIC PREMIUM	PREMI TOP-UP BERKALA / REGULAR TOP-UP PREMIUM	PREMI TOP-UP AD HOC / AD HOC TOP-UP PREMIUM
Avrist Link Assured Rupiah	Avrist Link Assured USD	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Avrist Link Advised Rupiah	<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Avrist Link Aggressive Rupiah	<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Avrist Link Access Cash Rupiah	<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Avrist Link Premier Rupiah	<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Avrist Link Premier 2 Rupiah	<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Avrist Link Premier 3 Rupiah	<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"/> %
TOTAL		<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %

**F. DATA SELURUH ANGGOTA KELUARGA DAN ASURANSI YANG DIMILIKI (Yang berlaku atau sedang dimohonkan)
DETAILS DATA OF ALL FAMILY MEMBERS AND ANY INSURANCE (Which is inforce or being applied)**

Hubungan dengan Calon Tertanggung / Relationship with Proposed Insured	Usia / Age *	Jenis Kelamin / Gender *	Nama Perusahaan Asuransi / Company's Name *	Jumlah Pertanggungan / Sum Assured Amount *
Ayah / Father	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria/Male <input type="checkbox"/> Wanita / Female	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ibu / Mother	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria/Male <input type="checkbox"/> Wanita / Female	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kakak / Older Sibling	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria/Male <input type="checkbox"/> Wanita / Female	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adik / Younger Sibling	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria/Male <input type="checkbox"/> Wanita / Female	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pemohon jika tidak termasuk anggota keluarga (wali yang sah) / Applicant if not including family member (legal guardian)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria/Male <input type="checkbox"/> Wanita / Female	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**G. DATA CALON TERTANGGUNG LAINNYA JIKA ADA ANGGOTA KELUARGA BERUSIA 0-17 TAHUN SEBAGAI CALON TERTANGGUNG
TAMBAHAN DALAM PLAN KELUARGA / OTHER PROPOSED INSURED DATA IF THERE ARE FAMILY MEMBERS OF THE AGE 0-17
YEARS OLD AS AN ADDITIONAL PROPOSED INSURED IN FAMILY PLAN**

Nama Anggota Keluarga (Sesuai Akta Kelahiran) / Family Member Name (shown on Birth Certificate)	No. Akta Kelahiran / Birth Certificate Number	Tanggal Lahir (Tanggal/ Bulan/Tahun) / Date Of Birth (Date/Month/Year)	Jenis Kelamin / Gender	Plan / Plan
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria/Male <input type="checkbox"/> Wanita/Female	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria/Male <input type="checkbox"/> Wanita/Female	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria/Male <input type="checkbox"/> Wanita/Female	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria/Male <input type="checkbox"/> Wanita/Female	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria/Male <input type="checkbox"/> Wanita/Female	<input type="text"/>

AKTIVITAS ATAU PEKERJAAN (TUGAS SEBENARNYA) / ACTIVITIES OR OCCUPATIONAL	TINGGI/ HEIGHT (CM)	BERAT / WEIGHT (KG)	HUBUNGAN KELUARGA DENGAN CALON TERTANGGUNG / FAMILY RELATIONSHIP WITH PROPOSED INSURED
	□□□□	□□□□	<input type="checkbox"/> Kakak kandung/ Older Sibling <input type="checkbox"/> Adik kandung/ Younger Sibling
	□□□□	□□□□	<input type="checkbox"/> Kakak kandung/ Older Sibling <input type="checkbox"/> Adik kandung/ Younger Sibling
	□□□□	□□□□	<input type="checkbox"/> Kakak kandung/ Older Sibling <input type="checkbox"/> Adik kandung/ Younger Sibling
	□□□□	□□□□	<input type="checkbox"/> Kakak kandung/ Older Sibling <input type="checkbox"/> Adik kandung/ Younger Sibling
	□□□□	□□□□	<input type="checkbox"/> Kakak kandung/ Older Sibling <input type="checkbox"/> Adik kandung/ Younger Sibling

** Coret yang tidak perlu, gunakan amandemen jika perlu / Give scratch unnecessary, and use amendments if necessary

H. KETERANGAN MENGENAI ASURANSI YANG TELAH DIMILIKI SEBELUMNYA / DETAILS OF EXISTING INSURANCE

	Calon Tertanggung / Proposed Insured		Pemohon/Calon Tertanggung Tambahan / Applicant/Additional Proposed Insured																			
	Tidak/No	Ya/Yes	Tidak/No	Ya/Yes																		
H.1. Apakah Anda atau Calon Tertanggung Saat ini sudah memiliki atau sedang mengajukan permohonan asuransi atas diri Anda atau Calon Tertanggung selain permohonan ini? / Do You or Proposed Insured have any existing insurance or concurrent application for insurance on Your or Proposed Insured life besides this application? * Jika "Ya", harap berikan keterangan terperinci (sebutkan Nomor Polis jika ada) : / If "Yes", please provide details (policy number to be stated if available): *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Nama Perusahaan Asuransi / Insurance Company's Name</th> <th style="width: 15%;">Tanggal Polis / Policy Date</th> <th style="width: 15%;">Nomor Polis/ Policy Number</th> <th colspan="3" style="width: 40%;">Jumlah Uang Pertanggungan / Sum Assured Amount</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <th style="width: 15%;">Jiwa / Life</th> <th style="width: 10%;">Penyakit Kritis/ Critical Illness</th> <th style="width: 10%;">Kecelakaan/ Accident</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nama Perusahaan Asuransi / Insurance Company's Name	Tanggal Polis / Policy Date	Nomor Polis/ Policy Number	Jumlah Uang Pertanggungan / Sum Assured Amount						Jiwa / Life	Penyakit Kritis/ Critical Illness	Kecelakaan/ Accident										
Nama Perusahaan Asuransi / Insurance Company's Name	Tanggal Polis / Policy Date	Nomor Polis/ Policy Number	Jumlah Uang Pertanggungan / Sum Assured Amount																			
			Jiwa / Life	Penyakit Kritis/ Critical Illness	Kecelakaan/ Accident																	
H.2. Apakah Anda mengganti atau bermaksud mengganti Polis yang sudah Anda atau Calon Tertanggung miliki dengan permohonan Polis ini dalam 12 (dua belas) bulan terakhir atau yang akan datang? / Have You replaced or do You intend to replace any of Your or Proposed Insured existing life insurance policies by this application in the past or the next 12 (twelve) months? * Saya menyadari bahwa jika Saya menjawab pertanyaan di atas dengan "Tidak", tetapi sebenarnya permohonan ini untuk menggantikan atau akan digunakan untuk menggantikan Polis asuransi jiwa Saya atau Calon Tertanggung dalam waktu 12 (dua belas) bulan terakhir atau yang akan datang, Saya dapat merusak hak Saya atau Calon Tertanggung di kemudian hari jika ternyata Saya atau Calon Tertanggung tidak mendapatkan keuntungan dengan mengambil Polis asuransi yang baru tersebut. / I realized that if I answer "No" to the above question, but indeed this application has to replaced or will to replace My or Proposed Insured life insurance policies in the past or the next 12 (twelve) months, I may jeopardize My or Proposed Insured future right if I find later that I have been disadvantaged in taking out the new insurance policies.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
H.3.a. Pernahkah permohonan Anda atau Calon Tertanggung untuk menutup asuransi jiwa, penyakit kritis, kecelakaan, cacat, kesehatan atau Polis asuransi lainnya yang berhubungan dengan kesehatan ditolak, ditangguhkan, dikenakan tarif tambahan atau diubah ketentuannya? / Have Your or Proposed Insured application to cover life, critical illness, accidental, disability, health insurance or other insurance policy ever been declined, postponed, rated or modified in any way? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		

Calon Tertanggung / Proposed Insured		Pemohon/Calon Tertanggung Tambahan / Applicant/Additional Proposed Insured	
Tidak/No	Ya/Yes	Tidak/No	Ya/Yes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Pernahkah permohonan Anda atau Calon Tertanggung untuk menutup asuransi jiwa, penyakit kritis, kecelakaan, cacat, kesehatan atau Polis asuransi lainnya yang berhubungan dengan kesehatan ditolak, ditangguhkan, dikenakan tarif tambahan atau diubah ketentuannya? / Have Your or Proposed Insured application to cover life, critical illness, accidental, disability, health insurance or other insurance policy ever been declined, postponed, rated or modified in any way? *
 Jika "Ya", untuk salah satu/kedua pertanyaan di atas, berikan penjelasan (sebutkan Nomor Polis jika ada) / If "Yes", in either above question, please provide details (policy number to be stated if available) *

Jenis Pertanggungan/ Coverage Type	Nama Perusahaan Asuransi/ Insurance Company's Name	Nomor Polis/ Policy Number	Tanggal/ Date	Alasan/ Reason

I. PERTANYAAN KESEHATAN UNTUK CALON TERTANGGUNG - UNTUK PERMOHONAN ASURANSI NON-MEDIS
HEALTH QUESTIONS FOR PROPOSED INSURED - FOR NON-MEDICAL INSURANCE APPLICATIONS

Calon Tertanggung / Proposed Insured		Calon Tertanggung Tambahan / Additional Proposed Insured	
Tidak/No	Ya/Yes	Tidak/No	Ya/Yes
I.1. a. Tinggi Badan / Height * <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm b. Berat Badan / Weight * <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg c. Apakah Calon Tertanggung ada perubahan berat badan dalam setahun terakhir ini? / Have the Proposed Insured had any weight changes in the past one year? * Jika "Ya", sebutkan berapa banyak dan mengapa? / If "Yes", please state the amount and reason? * <input type="text"/>			
d. Apakah Calon Tertanggung dalam pengawasan dokter? / Is the Proposed Insured under the supervision of a doctor? * Jika "Ya", sebutkan nama dan alamat dokter keluarga/langganan Calon Tertanggung / If "Yes", please mention name and address of Proposed Insured's family doctor / subscription * <input type="text"/>		Sebutkan tanggal, alasan dan hasil konsultasi terakhir / Please state the date, reason and results of the last consultation * <input type="text"/>	
I.2. Apakah Calon Tertanggung melakukan atau pernah melakukan olahraga atau kegiatan yang penuh risiko (misalnya mendaki gunung, terjun payung, layang gantung, olahraga bermotor, menyelam, dll.) atau melakukan penerbangan selain sebagai penumpang pesawat komersil yang terjadwal? / Does the Proposed Insured perform or has ever engaged in any hazardous activities or sports (including mountaineering, parachuting, hang gliding, motor sport, scuba diving, etc) or flying other than as a fare passenger on a regular scheduled airline? * Jika "Ya", berikan penjelasan dan lengkapi kuesioner terpisah / If "Yes", please explain and complete in separate questionnaire * <input type="text"/>		I.3. Apakah Calon Tertanggung pernah tinggal di tempat atau negara lain selama lebih dari 3 (tiga) bulan? / Does the Proposed Insured reside or have resided overseas for more than 3 (three) months? * Jika "Ya", jelaskan kapan, dimana, berapa lama dan alasannya / If "Yes", please complete for when, location, duration and reason * <input type="text"/>	

	Calon Tertanggung / Proposed Insured		Calon Tertanggung Tambahan / Additional Proposed Insured																
	Tidak/No	Ya/Yes	Tidak/No	Ya/Yes															
I.4. Apakah Calon Tertanggung pernah mendapat nasihat medis, konsultasi atau pengobatan yang berhubungan dengan AIDS, kompleks gejala yang berhubungan dengan AIDS (<i>AIDS Related Complex</i>), atau pernah diberitahu bahwa Calon Tertanggung menderita hal tersebut; atau bahwa Calon Tertanggung pernah diperiksa untuk virus AIDS (HIV) atau dalam 3 (tiga) bulan terakhir ini Calon Tertanggung menderita salah satu gejala berikut ini selama lebih dari satu minggu berturut-turut: cepat lelah, penurunan berat badan, diare/buang air besar yang tak normal, pembesaran kelenjar getah bening atau limfe, atau kelainan kulit yang tidak lazim? / <i>Have the Proposed Insured ever received medical advice, consultation or treatment related to AIDS, complex symptoms ever checked for AIDS (HIV) virus or in the last 3 (three) months have Proposed Insured had any of the following symptoms for more than one week continuously: fatigue, unexplained weight loss, diarrhoea, enlarged nodes or unusual skin lesions? *</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
I.5. Apakah Calon Tertanggung pernah menderita atau diberitahu menderita atau mendapat perawatan untuk: / <i>Have the Proposed Insured ever had been told to have or been treated for:</i> a. Kelainan saluran pernapasan, batuk yang berkepanjangan, asma, sesak napas, batuk darah, paru-paru basah (pneumonia), tuberculosis (TBC), gangguan pada jantung atau pembuluh darah, gangguan lain pada katup jantung, kejang-kejang, epilepsi atau ayun, kelumpuhan, polio, pingsan, gangguan mental atau kelainan yang mempengaruhi otak dan sistem saraf lainnya? / <i>Respiratory disorders, persistent cough, asthma, shortness of breath, coughing of blood, pneumonia, tuberculosis, disorders of the heart or blood vessels, other disorders of the heart valves, convulsions, epilepsy, paralysis, polio, fainting, mental disorders or abnormalities that affect the brain and other nervous systems? *</i> b. Anemia, leukimia atau kelainan darah lainnya, gangguan kelenjar endokrin, sakit kuning atau gangguan hati lainnya, gangguan pada kandung empedu, gangguan pada ginjal, gangguan pada saluran kencing atau alat kelamin, gangguan pada otot atau tulang belakang atau anggota badan atau persendian? / <i>Anemia, leukemia or other blood disorders, endocrine disorders, jaundice or other liver disorders, gallbladder disorders, kidney disorder, urinary tract or genital disorders, disorders of the muscles or spine or limbs or joints? *</i> c. Kondisi lain yang mempengaruhi penglihatan, pendengaran atau bicara, kelahiran yang abnormal atau prematur? / <i>Other conditions that affect vision, hearing or speech, abnormal or premature birth? *</i> d. Penyakit, kelainan, operasi, tumor, pertumbuhan abnormal atau cacat fisik lainnya yang belum di sebutkan di atas? / <i>Diseases, abnormalities, surgeries, tumors, abnormal growths or other physical defects that have not been mentioned above? *</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
I.6. Selama 5 (lima) tahun terakhir ini, pernahkah Calon Tertanggung mendapatkan: / <i>In the past 5 (five) years, have the Proposed Insured had any:</i> a. Pemeriksaan medis seperti sinar X (rontgen), elektrokardiogram (EKG), ekhokardiogram, mammografi, ultrasonografi (USG), CT Scan, biopsi, pemeriksaan genetik, pemeriksaan darah atau urin, atau pemeriksaan lainnya? / <i>Diagnostic medical test such as X-ray, electrocardiography, echocardiography, mammography, ultrasound, CT-Scanning, biopsy, genetic test, blood and urine test, and any other kind of test? *</i> Jika " Ya ", berikan penjelasan di bawah ini: / <i>If "Yes", please give details as indicated below: *</i> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Jenis Pemeriksaan / Type of Test</th> <th style="width: 25%;">Tanggal / Date</th> <th style="width: 25%;">Klinik/Rumah Sakit / Clinic/Hospital</th> <th style="width: 25%;">Alasan / Reason</th> <th style="width: 25%;">Hasil / Result</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Calon Tertanggung / Proposed Insured</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Calon Tertanggung Tambahan / Additional Proposed Insured</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Jenis Pemeriksaan / Type of Test	Tanggal / Date	Klinik/Rumah Sakit / Clinic/Hospital	Alasan / Reason	Hasil / Result	Calon Tertanggung / Proposed Insured					Calon Tertanggung Tambahan / Additional Proposed Insured					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jenis Pemeriksaan / Type of Test	Tanggal / Date	Klinik/Rumah Sakit / Clinic/Hospital	Alasan / Reason	Hasil / Result															
Calon Tertanggung / Proposed Insured																			
Calon Tertanggung Tambahan / Additional Proposed Insured																			
b. Penyakit, luka, operasi, nasihat medis, perawatan rumah sakit atau pemeriksaan fisik yang belum disebutkan di atas? / <i>Illness, injury, operation, medical advice, hospital treatment or medical check-up not mentioned above? *</i> Jika " Ya ", berikan penjelasan di bawah ini: / <i>If "Yes", please give details as indicated below: *</i> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Keadaan / Condition</th> <th style="width: 25%;">Tanggal / Date</th> <th style="width: 25%;">Klinik/Rumah Sakit / Clinic/Hospital</th> <th style="width: 25%;">Pengobatan / Treatment</th> <th style="width: 25%;">Hasil / Result</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Calon Tertanggung / Proposed Insured</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Calon Tertanggung Tambahan / Additional Proposed Insured</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Keadaan / Condition	Tanggal / Date	Klinik/Rumah Sakit / Clinic/Hospital	Pengobatan / Treatment	Hasil / Result	Calon Tertanggung / Proposed Insured					Calon Tertanggung Tambahan / Additional Proposed Insured					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keadaan / Condition	Tanggal / Date	Klinik/Rumah Sakit / Clinic/Hospital	Pengobatan / Treatment	Hasil / Result															
Calon Tertanggung / Proposed Insured																			
Calon Tertanggung Tambahan / Additional Proposed Insured																			
I.7. Sepanjang sepengetahuan dan keyakinan Anda, adakah diantara anggota keluarga Calon Tertanggung yang meninggal karena atau pernah menderita tuberculosis (TBC), diabetes, kanker, penyakit polycystic ginjal, gangguan mental, keadaan yang diturunkan atau keadaan yang berhubungan dengan AIDS? / <i>As long as You know and believe, are there any family members of the Proposed Insured who have suffered tuberculosis, diabetes, cancer, polycystic kidney disease, mental disorders, inherited conditions or conditions related to AIDS? *</i> Jika " Ya ", berikan penjelasan di bawah ini: / <i>If "Yes", please give details as indicated below: *</i> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Hubungan Keluarga / Family Relationship</th> <th style="width: 25%;">Usia Waktu Menderita / Age of Onset</th> <th style="width: 25%;">Usia Saat Ini / Current Age</th> <th style="width: 25%;">Penyakit / Disease</th> <th style="width: 25%;">Usia Waktu Meninggal (Jika Sudah Meninggal) / Age of Death (if deceased)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Calon Tertanggung / Proposed Insured</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Calon Tertanggung Tambahan / Additional Proposed Insured</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Hubungan Keluarga / Family Relationship	Usia Waktu Menderita / Age of Onset	Usia Saat Ini / Current Age	Penyakit / Disease	Usia Waktu Meninggal (Jika Sudah Meninggal) / Age of Death (if deceased)	Calon Tertanggung / Proposed Insured					Calon Tertanggung Tambahan / Additional Proposed Insured					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hubungan Keluarga / Family Relationship	Usia Waktu Menderita / Age of Onset	Usia Saat Ini / Current Age	Penyakit / Disease	Usia Waktu Meninggal (Jika Sudah Meninggal) / Age of Death (if deceased)															
Calon Tertanggung / Proposed Insured																			
Calon Tertanggung Tambahan / Additional Proposed Insured																			

J. PERTANYAAN KESEHATAN UNTUK PEMOHON/CALON PEMILIK POLIS - UNTUK PERMOHONAN ASURANSI NON-MEDIS

- Jika ada Faedah Tambahan Payor Benefit/Payor Term/Payor Waiver

HEALTH QUESTIONS FOR APPLICANT/PROPOSED POLICY OWNER - FOR NON-MEDICAL INSURANCE APPLICATIONS

- If take Payor Benefit/Payor Term/Payor Waiver rider

J.1.a. Tinggi Badan / Height * cm

b. Berat Badan / Weight * kg

c. Apakah Anda ada perubahan berat badan dalam setahun terakhir ini? / Have You had any weight changes in the past one year? *
Jika "Ya", sebutkan berapa banyak dan mengapa? / If "Yes", please state the amount and reason? *

Pemohon / Applicant	
Tidak/No	Ya/Yes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d. Apakah Anda dalam pengawasan dokter? / Are you under the supervision of a doctor? *

Jika "Ya", sebutkan nama dan alamat dokter keluarga/langganan Anda / If "Yes", please mention name and address of Your family doctor / subscription *

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Sebutkan tanggal, alasan dan hasil konsultasi terakhir / Please state the date, reason and results of the last consultation *

J.2. Apakah Anda sekarang ini adalah anggota Angkatan Bersenjata atau Kepolisian? / Are You currently a member of military force or police? *

Jika "Ya", berikan penjelasan dan lengkapi kuesioner terpisah / If "Yes", please explain and complete in separate questionnaire *

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

J.3. Apakah Anda melakukan atau pernah melakukan olahraga atau kegiatan yang penuh risiko (misalnya mendaki gunung, terjun payung, layang gantung, olahraga bermotor, menyelam, dll.) atau melakukan penerbangan selain sebagai penumpang pesawat komersial yang terjadwal? / Do You perform or have You engaged in any hazardous activities or sports (including mountaineering, parachuting, hang gliding, motor sport, scuba diving, etc) or flying other than as a fare passenger on a regular scheduled airline? *

Jika "Ya", berikan penjelasan dan lengkapi kuesioner terpisah / If "Yes", please explain and complete in separate questionnaire *

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

J.4. Apakah Anda pernah tinggal di tempat atau negara lain selama lebih dari 3 (tiga) bulan? / Do You reside or have resided overseas for more than 3 (three) months? *

Jika "Ya", jelaskan kapan, di mana, berapa lama dan alasannya / If "Yes", please complete for when, location, duration and reason *

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

J.5. Apakah Anda pernah menggunakan obat-obatan terlarang/narkoba atau pernah dirawat karena kecanduan narkoba? / Have You ever used any drugs or narcotics or been treated for drugs addiction? *

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

J.6. Dalam 12 (dua belas) bulan terakhir ini apakah Anda menggunakan atau pernah menggunakan produk dari tembakau (termasuk tapi tidak terbatas pada rokok, cerutu, pipa dan tembakau kunyah)? / Have You used any tobacco products in the past 12 (twelve) months (including but not limited to cigarettes, cigars, pipes and chewing tobacco)? *

Jika " Ya", berikan penjelasan / If "Yes", please explain detail *

Jika Anda telah berhenti menggunakan produk dari tembakau, jelaskan kapan dan alasannya, misalnya: berhenti 5 tahun lalu karena anjuran dokter, dll. / If You have been stopped using any tobacco product, please state when and give the reason, e.g., doctor's advice, etc. *

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Jenis Tembakau / Tobacco Type	Konsumsi Rata-rata Harian / Average Daily Consumption	Lamanya (tahun) / Number of Years	Tanggal Berhenti / Date Ceased	Alasan / Reason

	Pemohon / Applicant	
	Tidak/No	Ya/Yes
J.7.a. Apakah Anda mengonsumsi alkohol secara teratur (harian/mingguan)? / <i>Do You consume alcohol on a daily/weekly basis?</i> * Jika "Ya", sebutkan konsumsi rata-rata dan jenis minuman, misalnya bir, anggur, dll. / <i>If "Yes", please state average consumption and type of drink, e.g. wine, beer, etc.</i> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jenis Minuman / Type of Drink	Banyaknya (per hari/minggu) / Amount (per day/week) **

b. Apakah Anda pernah dirawat karena mengonsumsi alkohol secara berlebihan atau karena kebiasaan minum? / <i>Have You ever been treated for excessive alcohol consumption or because of drinking habits?</i> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

J.8. Apakah Anda atau suami/isteri Anda pernah menderita penyakit hubungan seksual, infeksi HIV, AIDS atau berkonsultasi dengan dokter sehubungan dengan AIDS atau infeksi HIV? / <i>Have You or Your spouse ever had a sexually transmitted disease, HIV infection, AIDS, or attended a doctor in connection with AIDS or HIV infection?</i> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

J.9.a. Apakah Anda pernah diperiksa untuk virus HIV? / <i>Have You ever had HIV testing done?</i> * Jika "Ya", sebutkan kapan, alasan dan hasilnya dibawah ini: / <i>If "Yes", please state the date, reason and result:</i> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Tanggal / Date	Alasan / Reason	Hasil / Result

b. Dalam 3 (tiga) bulan terakhir ini, apakah Anda secara terus-menerus selama lebih dari satu minggu mempunyai salah satu gejala berikut ini: cepat lelah, penurunan berat badan yang tidak lazim, diare atau buang air besar yang tidak normal, pembesaran kelenjar getah bening atau limfe, atau kelainan kulit yang tidak lazim? / <i>In the last 3 (three) months, have You had any of the following symptoms for more than one week continuously: fatigue, unexplained weight loss, diarrhoea, enlarged nodes or unusual skin lesions?</i> * Jika "Ya", sebutkan kapan, alasan dan kondisi sekarang di bawah ini: / <i>If "Yes", please state date, reason and current condition:</i> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Tanggal / Date	Alasan / Reason	Kondisi Sekarang / Current Condition

J.10. Apakah Anda pernah menderita atau diberitahu menderita atau mendapat perawatan untuk: / <i>Have You ever had been told to have or been treated for:</i>		
a. Epilepsi atau ayun, kejang-kejang, stroke, kelumpuhan, polio, multiple sclerosis, kelemahan pada anggota badan, sakit kepala yang berkepanjangan, pingsan, gangguan saraf, depresi, atau gangguan saraf atau mental lainnya? / <i>Epilepsy, fits, stroke, paralysis, poliomyelitis, multiple sclerosis, weakness of limb, prolonged headache, unconsciousness, nervous breakdown, depression or any other nervous/mental disorder?</i> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Diabetes, gangguan tiroid atau gangguan kelenjar endokrin lainnya? / <i>Diabetes, thyroid disorders or any other endocrine disorders?</i> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Keluar nanah dari telinga, pendarahan hidung, mata kabur, kelainan penglihatan, pendengaran atau bicara, atau gangguan lain pada telinga, mata, hidung atau tenggorokan? / <i>Ear discharge, nose bleeds, double vision, impaired sight, hearing or speech, or any other disorder of ear, eye, nose or throat?</i> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Asma, batuk terus-menerus, sesak napas, batuk darah, paru-paru basah (pneumonia), tuberculosis (TBC) atau gangguan lain pada paru-paru? / <i>Asthma, persistent cough, shortness of breath, coughing of blood, pneumonia, tuberculosis, any other lung disorders?</i> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Nyeri lambung, tukak lambung, keluar darah dari anus, bisul (fistula), wasir atau gangguan lain pada sistem pencernaan? / <i>Gastritis, stomach or duodenal ulcer, passing blood per rectum, fistula, haemorrhoids or any other digestive disorder?</i> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Tekanan darah tinggi, kenaikan kolesterol, gangguan pada jantung atau pembuluh darah, serangan jantung atau gangguan lain pada katup jantung, frama jantung tidak teratur atau cepat, nyeri dada? / <i>High blood pressure, raised cholesterol, any disorder of the heart or blood vessels, heart attack or other heart valve disorder, irregular or fast heart rate, chest pain?</i> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Sakit kuning, karier hepatitis B, atau segala bentuk hepatitis, sirosis, gangguan hati atau kandung empedu? / <i>Jaundice, hepatitis B carrier or any form of hepatitis, cirrhosis, liver disorder or gall bladder disorder?</i> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Adanya darah, protein atau gula di urin, batu ginjal, infeksi atau gangguan lain pada ginjal, kandung atau saluran kencing atau alat kelamin? / <i>Blood, protein or sugar in urine, kidney stones, infection or any other kidney disorder, bladder or genital organs?</i> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gangguan pada punggung atau leher, pergeseran sendi tulang belakang (slipped disc), kelebihan asam urat di dalam darah (gout), penyakit sendi (arthritis), muscular dystrophy, nyeri atau perubahan bentuk (deformitas), gangguan pada otot, tulang belakang, anggota badan atau persendian atau luka berat? / <i>Back or neck disorder, slipped disc, gout, arthritis, muscular dystrophy, pain or deformity, muscle disorders, spine, limbs or joints or severe injury?</i> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Kanker, tumor, kista atau pertumbuhan abnormal lainnya? / <i>Cancer, tumours, cysts or abnormal growth of any kind?</i> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Anemia, leukimia, penyakit darah lainnya, disarankan untuk tidak mendonorkan darah atau menerima transfusi darah atau produk darah lainnya karena hemofilia atau sebab lainnya? / <i>Anemia, leukimia, any other blood disorders, advised to obtain from donated blood or received blood transfusion or other blood products on account of haemophilia or any other reason?</i> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Penyakit, kelainan, operasi, cacat fisik atau kecelakaan lainnya yang belum disebutkan di atas? / <i>Any other illness, disorder, operation, physical disability or accident not mentioned above?</i> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

				Pemohon / Applicant			
				Tidak/No	Ya/Yes		
J.11. Selama 5 (lima) tahun terakhir ini, pernahkah Anda mendapatkan: / <i>In the past 5 (five) years, have You had any:</i> a. Pemeriksaan diagnostik seperti sinar X (rontgen), elektrokardiogram (EKG), ekhokardiogram, mammografi, ultrasonografi (USG), CT-Scan, biopsi, pemeriksaan genetik, pemeriksaan darah atau urin atau pemeriksaan lainnya? / <i>Diagnostic medical test such as X-ray, electrocardiography, echocardiography, mammography, ultrasound, CT-Scanning, biopsy, genetic test, blood and urine test, and any other kind of test? *</i> Jika "Ya", berikan penjelasan di bawah ini: / <i>If "Yes", please give details as indicated below: *</i>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jenis Pemeriksaan / Type of Test	Tanggal / Date	Klinik/Rumah Sakit / Clinic/Hospital	Alasan / Reason	Hasil / Result

b. Penyakit, luka, operasi, nasihat medis, perawatan rumah sakit atau pemeriksaan fisik yang belum disebutkan di atas? / <i>Illness, injury, operation, medical advice, hospital treatment or medical check-up not mentioned above? *</i> Jika "Ya", berikan penjelasan di bawah ini: / <i>If "Yes", please give details as indicated below: *</i>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--	--	--	--	--	--------------------------	--------------------------

Kedadaan / Condition	Tanggal / Date	Klinik/Rumah Sakit / Clinic/Hospital	Pengobatan / Treatment	Hasil / Result

J.12. Apakah ada diantara orangtua atau saudara kandung Anda yang meninggal karena atau menderita kanker, penyakit jantung, stroke, tekanan darah tinggi, diabetes, penyakit ginjal, gangguan mental, tuberculosis (TBC), atau segala macam penyakit keturunan? / <i>Have either of Your biological parents or any siblings died or suffered from cancer, heart disease, stroke, high blood pressure, diabetes, kidney disease, mental disorder, tuberculosis, or any hereditary disease? *</i> Jika "Ya", berikan penjelasan di bawah ini: / <i>If "Yes", please give details as indicated below: *</i>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--	--	--	--	--	--------------------------	--------------------------

Hubungan Keluarga / Family Relationship	Usia Waktu Menderita / Age of Onset	Usia Saat Ini / Current Age	Penyakit / Disease	Usia Waktu Meninggal (Jika Sudah Meninggal) / Age of Death (if deceased)

J.13. Hanya untuk Wanita / <i>Female only</i> a. Apakah Anda pernah menderita atau menemukan adanya benjolan pada payudara atau kelainan lainnya pada payudara? / <i>Have You ever suffered or are You aware of any breast or any other disorder of Your breast? *</i> b. Apakah ada anggota keluarga Anda yang pernah menderita kanker payudara (termasuk pada nenek, ibu, bibi, kakak atau adik)? / <i>Have any Your family members had breast cancer (including grandmother, mother, aunts or sisters)? *</i> c. Pernahkah Anda mengalami haid yang tidak teratur, nyeri dan berlebihan banyaknya, menderita fibroid, kista, atau kelainan lainnya pada organewanitaan? / <i>Have You ever suffered from irregular or painful or unusual heavy menstruation, fibroids, cysts or any other disorder of the female organs? *</i> d. Pernahkah Anda mendapatkan hasil test papsmear yang abnormal atau diberitahu oleh dokter untuk mengulang test papsmear dalam 6 (enam) bulan berikutnya? / <i>Have You ever had any abnormal papsmear test or ever told by any doctor to have to repeat papsmear within the next 6 (six) months? *</i> e. Apakah Anda sedang hamil? / <i>Are You now pregnant? *</i> Jika "Ya", sebutkan berapa minggu usia kehamilan Anda / <i>If "Yes", please indicate number of weeks *</i>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Pernahkah Anda menderita komplikasi selama kehamilan Anda sebelum ini atau pada waktu melahirkan? / <i>Have You ever suffered from any complication during any of Your previous pregnancy or delivery? *</i>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> minggu / weeks						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J.14. Jika ada jawaban dari pertanyaan bagian I (No. 1 - 7) dan J (No. 1 - 13) yang dijawab "Ya", berikan keterangan selengkapnya dengan menunjuk kepada nomor pertanyaannya / <i>If any answer to question in Section I (number 1 - 7) and Section J (number 1 - 13) is "Yes", provide detail quoting the relevant question(s) number</i>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K. PERMINTAAN KHUSUS / SPECIAL REQUEST

<input type="checkbox"/> Backdate ke Tanggal / <i>Backdate to</i>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	(Hanya berlaku untuk asuransi jiwa tanpa investasi) / <i>(Applicable to life insurance without investment only)</i>
	Tanggal/Date		Bulan/Month		Tahun/Year	
<input type="checkbox"/> Lain-lain / <i>Others</i>	<input type="text"/>					

**FORMULIR LAPORAN RAHASIA AGENT
AGENT CONFIDENTIALITY REPORT FORM**



PT AVRIST ASSURANCE

No. Polis / Policy Number

Agensi / Agency

No. Kode Agen / Agent's Code Number

Nama Agen / Agent's Name

A. KETERANGAN TENTANG CALON TERTANGGUNG (HARUS DILENGKAPI UNTUK SEMUA PERMOHONAN) / DATA OF PROPOSED INSURED (PLEASE COMPLETED FOR ALL APPLICATION)

Nama / Name: _____

1. Sejak kapanakah Anda mengenalnya? / Since when did you know the Proposed Insured?

2. Apakah tujuan dari pembelian asuransi ini? / What is the purpose of purchasing this insurance?

3. Siapakah yang akan membayar premi Polis ini? / Who will pay this Policy premium?

4. Berapakah perkiraan penghasilan bersih per tahunnya? / What is the estimated net income per year?

5. Berikan uraian tentang pekerjaan, tugas & jabatannya dan pekerjaan tambahan lainnya (bila ada) / Provide a description of the work, duties & position and others additional work (if any)

6. Berikan uraian tentang aktivitasnya yang penuh risiko, olah raga, kegemarannya dan sebagainya / Give a description of its risks activities, sports, hobbies of Proposed Insured, etc

7. Apakah Calon Tertanggung kelihatan sedang sakit atau mempunyai kelainan atau cacat tubuh? / Does the Proposed Insured appear to be ill or have a disability?
 Ya / Yes Tidak / No
8. Apakah Anda mengetahui bahwa Calon Tertanggung pernah/ sedang sakit atau berkonsultasi/berobat kepada dokter? / Do You know that the Proposed Insured has ever/ been ill or consulted/ treated a doctor?
 Ya / Yes Tidak / No
9. Apakah Anda mengetahui calon Pemilik Polis/ Tertanggung pernah menjalani pidana penjara, ditahan polisi, dituntut dalam peselisihan dengan seseorang ataupun tidak jujur? / Do you know the Proposed Policy Owner/ Insured has ever been sentenced to prison, is held in police custody, is sued in a dispute with someone or is not honest?
 Ya / Yes Tidak / No
10. Apakah Anda mempunyai hubungan keluarga dengan Calon Tertanggung karena hubungan darah atau perkawinan? / Do You have a family relationship with a Proposed Insured due of blood or marital relationships?
 Ya / Yes Tidak / No
Penjelasan jawaban "Ya" pertanyaan A7 - A10 / Explanation of the answer "Yes" question A7 - A10

B. PERTANYAAN TAMBAHAN UNTUK CALON TERTANGGUNG WANITA YANG SUDAH MENIKAH / ADDITIONAL QUESTIONS FOR FEMALE PROPOSED INSURED THAT ALREADY MARRIED

1. Sebutkan sumber penghasilannya / State the source of income

2. Bila pekerjaannya berhubungan dengan usaha/bisnis keluarga, jelaskanlah / If the work related to a business/family business, please provide in details

3. Sebutkan umur dan pekerjaan suami / Mention the age and occupation of the husband

4. Sebutkan jumlah uang pertanggungan yang dipilih oleh suami / Mention the amount of sum assured chosen by the husband

5. Bila suami tidak mempunyai asuransi, apakah alasannya? / If the husband does not have insurance, please provide the reason?

C. PERTANYAAN TAMBAHAN UNTUK CALON TERTANGGUNG YANG TIDAK BEKERJA ATAU REMAJA (JUVENILE) / ADDITIONAL QUESTIONS FOR UNEMPLOYEE PROPOSED INSURED OR JUVENILE

1. Siapakah yang menanggung biaya hidupnya? / Who bears the costs of Proposed Insured life?

2. Sebutkan jumlah uang pertanggungan yang dipilih oleh orang yang menanggung biaya hidupnya / Mention the amount of sum assured chosen by the person who bears the cost of Proposed Insured life

D. PERTANYAAN TAMBAHAN UNTUK PERMOHONAN REMAJA (JUVENILE) / ADDITIONAL QUESTIONS FOR JUVENILE APPLICATION

Bila Pemohon mempunyai lebih dari satu anak dan ada yang tidak diasuransikannya, jelaskan alasannya / If the Applicant has more than one child and there is an uninsured child, please explain the reason

E. PERTANYAAN TAMBAHAN UNTUK PEMOHON YANG TIDAK MENJADI CALON TERTANGGUNG / ADDITIONAL QUESTIONS FOR APPLICANT WHO DO NOT BECOME A PROPOSED INSURED

Nama / Name: _____

1. Hubungan dengan Calon Tertanggung / Relation with Proposed Insured _____ Umur / Age _____ Tahun/years old
2. Sebutkan perkiraan penghasilan bersihnya per tahun / State the estimated net income per year

3. Berikan uraian tentang pekerjaannya / Please provide the detail occupation

4. Sebutkan jumlah uang pertanggungan yang dimilikinya / State the amount of Sum Assured that Applicant has

F. PERTANYAAN TAMBAHAN UNTUK PEMILIK POLIS BERSTATUS IBU RUMAH TANGGA / ADDITIONAL QUESTIONS FOR POLICY OWNER WITH STATUS HOUSEWIFE

1. Nama suami / Husband's name

2. Pekerjaan suami / Husband's occupation

3. Nama perusahaan suami / Husband's company name

4. Bidang usaha perusahaan suami / Husband's company business line

5. Alamat perusahaan suami / Husband's company address

6. No. telepon kantor/faks suami / Husband's office telephone/fax number

7. Pendapatan bersih suami per tahun / Husband's nett annual income

8. Sumber pendapatan suami / Source of husband's income
 Gaji/hasil usaha / Salary/business
 Tabungan/deposito / Savings/deposits
 Lainnya / Others _____
9. NPWP suami (jika ada) / Husband's Tax Payer ID number (if any)

G. PERTANYAAN MENGENAI BENEFICIAL OWNER / QUESTIONS RELATED TO BENEFICIAL OWNER

1. Apakah Anda mengetahui dengan jelas dan pasti bahwa sumber dana pembayaran polis/top up hanya berasal dari Calon Pemilik Polis dan atau Calon Tertanggung? / *Do you know clearly and surely that the source of the policy/top up payment comes only from Proposed Policy Owner or Proposed Insured?*
 Ya / Yes
 Tidak / No
(Bila jawaban tidak, Calon Pemilik Polis wajib mengisi formulir *Beneficial Owner* dan Anda wajib menjawab pertanyaan nomor 2 dan 3) / *(If the answer is no, Proposed Policy Owner must complete the Beneficial Owner form and You must answer the questions number 2 and 3)*
2. Apakah Anda bertemu langsung dengan *Beneficial Owner*? / *Do you meet directly with a Beneficial Owner?*
 Ya / Yes Tidak / No
3. Jelaskan profil *Beneficial Owner* dan hubungan dengan Calon Pemilik Polis dan atau Calon Tertanggung? / *Describe the profile of the Beneficial Owner and/or the relationship with the Proposed Policy Owner and Proposed Indured?*
- _____

H. INFORMASI UNTUK UJI TUNTAS LANJUT / INFORMATION FOR FURTHER EXAMINATION

Wajib diisi oleh Agen apabila nasabah (Calon Tertanggung/Calon Pemilik Polis/*Beneficial Owner*) termasuk kategori nasabah berisiko tinggi, termasuk tapi tidak terbatas pada nasabah yang memiliki pekerjaan sebagai PNS, TNI, Polisi, Hakim, Jaksa, Pengacara, Gubernur, Bupati, Walikota, *Political Expose Person*, anggota DPR/DPRD, pejabat partai politik.
An agent must filled if the customer (Proposed Insured/Proposed Policy Owner/Beneficial Owner) is categorized as a high-risk customer, including but not limited to customers who have jobs as civil servants, military, police, judges, prosecutors, lawyers, governors, regents, mayors, Political Expose Person, DPR / DPRD members, political party officials.

Verifikasi ulang atas informasi/dokumen nasabah yang telah Anda lakukan atas surat permohonan asuransi nasabah ini.
Re-verification of customer information/documents that You have done on this customer's insurance application form.

(wajib diisi & dapat dipilih lebih dari 1 (satu) pilihan) / *(must be filled in & can be selected more than 1 (one) choice)*

- Dalam 1 bulan terakhir, Saya bertemu langsung dengan nasabah sebanyak _____ kali / *In the past 1 month, I have meet the customers directly _____ times*
- Saya mencocokkan salinan KTP nasabah dengan aslinya / *I compare the copy of the customer's ID card with the original.*
- Saya melakukan verifikasi informasi dari pihak lain mengenai calon nasabah / *I verify information from other parties regarding proposed customers*
- Saya melakukan verifikasi informasi yang positif mengenai calon nasabah dari pihak lain / *I verified positive information about the proposed customer from another party*
- Saya melakukan analisa bahwa produk asuransi yang dibeli nasabah telah sesuai dengan kebutuhannya / *I analyze that insurance products purchased by customers are in accordance with their needs*
- Nasabah mudah ditemui dan sangat kooperatif dalam memberikan data/informasi apapun yang Saya butuhkan / *Customers are easy to find and are very cooperative in providing whatever data / information I need*
- Saya meyakini bahwa informasi yang diberikan oleh nasabah kepada Saya adalah benar / *I believe that the information provided by the customer to Me is true*
- Lainnya / *Others*
- _____
- _____
- _____

PERNYATAAN AGEN / AGENT STATEMENT:

Dengan ini Saya selaku Agen yang melakukan prospek menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa dalam melakukan prospek kepada Calon Tertanggung/Calon Pemilik Polis, Saya telah (i) menawarkan dan menjelaskan produk asuransi yang sesuai dengan kebutuhan Calon Tertanggung/Calon Pemilik Polis, (ii) menanyakan seluruh pertanyaan yang tercantum di dalam surat permohonan asuransi kepada Calon Tertanggung/Calon Pemilik Polis secara lengkap, (iii) memastikan bahwa tanda tangan yang tercantum di dalam surat permohonan asuransi adalah tandatangan Calon Tertanggung/ Calon Pemilik Polis.

Saya bertanggung jawab sepenuhnya atas penjelasan yang telah Saya berikan kepada nasabah atas surat permohonan asuransi ini termasuk penggunaan informasi dalam laporan ini untuk memproses surat permohonan asuransi.

Untuk permohonan tanpa pemeriksaan kesehatan, Saya juga telah menanyakan sendiri pertanyaan mengenai kesehatan, termasuk:

- * Menimbang berat badan dan tinggi badan Calon Tertanggung
- * Menimbang berat badan dan tinggi badan Calon Pemilik Polis

Dalam hal Calon Tertanggung adalah seorang yang belum dewasa, Saya sendiri telah bertemu dengan anak tersebut dan menyatakan bahwa si anak mempunyai gizi dan kesehatan yang baik.

I hereby as the Agent who conducts the prospect stated truthfully that in making a prospect to the Proposed Insured/Proposed Policy Owner, I have (i) offered and explained the insurance product that fits the needs of the Proposed Insured/Proposed Policy Owner, (ii) asks all questions listed in the insurance application form to the Proposed Insured/Proposed Policy Owner in full, (iii) ensuring that the signature listed in the insurance application form is the signature of the Proposed Insured/Proposed Policy Owner.

I am fully responsible for the explanation that I have given to the customer for this insurance application form including the use of information in this report to process the insurance application form.

For requests without a medical examination, I have also asked by myself regarding questions about health, including:

- * *Measure the weight and height of the Proposed Insured*
- * *Measure the weight and height of the Proposed Policy Owner*

Related to Proposed Insured is Juvenile, I have met with the child and stated that the child has good nutrition and healthy

Tanggal / Date : _____

Tanda tangan / Signature : _____

Calon Tertanggung telah diperiksa pada tanggal / *Proposed Insured has been examined on:* _____

Oleh dokter klinik / *By physician:* _____

PERNYATAAN UNIT/AGENCY MANAGER/ABDM / UNIT/AGENCY MANAGER/ABDM STATEMENT

Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya telah memeriksa dengan teliti dan seksama bersama-sama Agen atas jawaban-jawaban yang diberikan dalam surat permohonan asuransi dan laporan tersebut. Saya yakin dan setuju bahwa jawaban tersebut di atas memberi gambaran tentang keadaan sebenarnya dari Calon Tertanggung dan Calon Pemilik Polis, dan bahwa Agen masih berada di bawah perjanjian untuk menjual asuransi jiwa untuk Perusahaan / *I hereby declare that I have carefully and thoroughly examined the Agent for the answers given in the insurance application form and the report. I am confident and agree that the answers above provide an illustration of the actual conditions of the Proposed Insured and Proposed Policy Owner, and that the Agent is still under the agreement to sell life insurance for the Company.*

Tanda tangan / Signature

Nama / Name