

**SURAT PERMOHONAN ASURANSI JIWA/KECELAKAAN & KESEHATAN  
(DEWASA) USIA 18 TAHUN KE ATAS  
LIFE/ACCIDENT & HEALTH INSURANCE APPLICATION FORM  
(ADULT) 18 YEARS OLD AND ABOVE**



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

- 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.
- Pertanyaan bertanda (\*) wajib diisi / (\*) sign is mandatory questions.

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

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 pensiunan, 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 konsult / Consult doctor only  Ibu rumah tangga / Housewife  
 Resepsionis / Receptionist  Manager 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 (Jika berbeda dengan Pemohon/Calon Pemilik Polis)**  
**DETAILS OF PROPOSED INSURED (If different with Applicant/Proposed Policy Owner)**

- B.1. Nama Lengkap (Sesuai KTP/Paspor \*\*) / *Full Name (Show on KTP/Passport \*\*)* \*
- B.2. No. Kartu Pengenal (KTP/Paspor \*\*) / *IC number (KTP/Passport \*\*)* \*
- B.3. Tanggal Lahir / *Date of Birth* \*  /  /   
 Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year
- B.4. Jenis Kelamin / *Gender* \*  Pria / *Male*  Wanita / *Female*
- B.5. Status / *Marital Status* \*  Kawin / *Married*  Belum Kawin / *Single*  
 Cerai Hidup / *Divorced*  Cerai Mati / *Widowed*
- B.6. Kewarganegaraan (Hanya diisi oleh WNA) / *Nationality (For foreigner only)*
- B.7. NPWP Pribadi (Jika ada) / *Tax Payer ID Number (If any)*
- B.8. 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 \*   
 No. Telepon/Telephone No. \*   
 Handphone/Handphone No. \*   
 Alamat E-mail pribadi / *Personal E-mail address* \*
- B.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.

- B.10. Pekerjaan (Jika pensiunan, 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*  Manager 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*
- B.11. Nama Perusahaan / *Company's Name*
- B.12. Jenis Usaha / *Nature of Business*
- B.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*

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

B.16. Hubungan dengan Calon Pemilik Polis / Relationship to Proposed Policy Owner \*

B.15. Penghasilan Bersih per Tahun / Nett Annual Income \*

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

C.1. Nama Bank / Bank Name \*

C.4. Nama Pemilik Rekening / Bank Account Name \*

C.2. Nama Cabang / Branch Name \*

C.5. No. Rekening / Account Number \*

C.3. Mata Uang Rekening / Currency \*  
 Rupiah / IDR     Dollar / USD

**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 istri/suami, anak kandung, orang tua kandung atau saudara kandung. Harap menanyakan kepada Perusahaan sebelum mengisi kolom ini.  
 The Beneficiary must has an insurable interest with the Proposed Insured, such as wife/husband, biological child, biological parent or biological brothers/sisters. Please consult to the Company before filling in this column.

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

Tunggak / 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 \*  WP

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <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"/> |
| <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 \*  WP

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

F. DATA CALON TERTANGGUNG LAINNYA UNTUK KONTRAK TAMBAHAN PEMOHON/PASANGAN DAN ATAU ANGGOTA KELUARGA SEBAGAI TERTANGGUNG DALAM PLAN KELUARGA / DETAILS OF OTHERS PROPOSED INSURED FOR PAYOR/ SPOUSE RIDER AND OR FAMILY MEMBER AS INSURED IN FAMILY PLAN

| NAMA PEMOHON/PASANGAN/ANGGOTA<br>KELUARGA (SESUAI KTP/PASPOR/AKTA<br>LAHIR **) / PROPOSED NAME/SPOUSE/<br>FAMILY MEMBER (SHOWN ON KTP/PASSPORT/<br>BIRTH CERTIFICATE **)   | NO. KARTU PENGENAL (KTP/<br>PASPOR/AKTA LAHIR **) / ID<br>CARD NUMBER (KTP/PASSPORT/<br>BIRTH CERTIFICATE **)   | TANGGAL LAHIR (TANGGAL/<br>BULAN/TAHUN) / DATE OF<br>BIRTH (DATE/MONTH/YEAR)  | JENIS<br>KELAMIN/<br>GENDER  | PLAN / PLAN  |
|--|---|---|--|--|
| <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Pria/<br>Male<br><input type="checkbox"/> Wanita/<br>Female | <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Pria/<br>Male<br><input type="checkbox"/> Wanita/<br>Female | <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Pria/<br>Male<br><input type="checkbox"/> Wanita/<br>Female | <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Pria/<br>Male<br><input type="checkbox"/> Wanita/<br>Female | <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"/> <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"/> |

| PEKERJAAN (TUGAS SEBENARNYA) /<br>OCCUPATIONAL  | TINGGI/<br>HEIGHT<br>(CM)   | BERAT /<br>WEIGHT<br>(KG)   | HUBUNGAN KELUARGA DENGAN CALON TERTANGGUNG /<br>FAMILY RELATIONSHIP WITH PROPOSED INSURED  |
|---|---|---|--|
| <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"/> <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"/> | <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="checkbox"/> Istri/<br>Wife <input type="checkbox"/> Suami/<br>Husband <input type="checkbox"/> Ayah kandung/<br>Biological Father <input type="checkbox"/> Ibu kandung/<br>Biological Mother<br><input type="checkbox"/> Kakak kandung/<br>Older Sibling <input type="checkbox"/> Adik kandung/<br>Younger Sibling <input type="checkbox"/> Anak kandung/<br>Biological Child |
| <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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Istri/<br>Wife <input type="checkbox"/> Suami/<br>Husband <input type="checkbox"/> Ayah kandung/<br>Biological Father <input type="checkbox"/> Ibu kandung/<br>Biological Mother<br><input type="checkbox"/> Kakak kandung/<br>Older Sibling <input type="checkbox"/> Adik kandung/<br>Younger Sibling <input type="checkbox"/> Anak kandung/<br>Biological Child |
| <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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Istri/<br>Wife <input type="checkbox"/> Suami/<br>Husband <input type="checkbox"/> Ayah kandung/<br>Biological Father <input type="checkbox"/> Ibu kandung/<br>Biological Mother<br><input type="checkbox"/> Kakak kandung/<br>Older Sibling <input type="checkbox"/> Adik kandung/<br>Younger Sibling <input type="checkbox"/> Anak kandung/<br>Biological Child |
| <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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Istri/<br>Wife <input type="checkbox"/> Suami/<br>Husband <input type="checkbox"/> Ayah kandung/<br>Biological Father <input type="checkbox"/> Ibu kandung/<br>Biological Mother<br><input type="checkbox"/> Kakak kandung/<br>Older Sibling <input type="checkbox"/> Adik kandung/<br>Younger Sibling <input type="checkbox"/> Anak kandung/<br>Biological Child |
| <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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Istri/<br>Wife <input type="checkbox"/> Suami/<br>Husband <input type="checkbox"/> Ayah kandung/<br>Biological Father <input type="checkbox"/> Ibu kandung/<br>Biological Mother<br><input type="checkbox"/> Kakak kandung/<br>Older Sibling <input type="checkbox"/> Adik kandung/<br>Younger Sibling <input type="checkbox"/> Anak kandung/<br>Biological Child |

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

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

Harap diisi oleh Calon Tertanggung Utama dan Calon Tertanggung lainnya jika ada faedah untuk Pemohon dan atau anggota keluarga lainnya pada pertanyaan G, H dan I / Please fill in the Main Proposed Insured and other Proposed Insured if there are benefits for the Applicant and or other family members in questions G, H and I

| Calon Tertanggung Utama / Main Proposed Insured |                          | Calon Tertanggung Tambahan/Pemohon/Pasangan/Anggota Keluarga / Additional Proposed Insured/Applicant/ Spouse/Family Member |                          |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Tidak/No  | Ya/Yes                   | Tidak/No   | Ya/Yes                   |
| <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

- G.1. Apakah Anda Saat ini sudah memiliki atau sedang mengajukan permohonan asuransi atas diri Anda selain permohonan ini? / Do You have any existing insurance or concurrent application for insurance on Your 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): \*

| 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 |
|   |                             |                            |  |                                   |                      |

- G.2. Apakah Anda mengganti atau bermaksud mengganti Polis yang sudah Anda 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 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 dalam waktu 12 (dua belas) bulan terakhir atau yang akan datang, Saya dapat merusak hak Saya di kemudian hari jika ternyata Saya 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 life insurance policies in the past or the next 12 (twelve) months, I may jeopardize My 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"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- G.3.a. Pernahkah permohonan Anda 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 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"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- b. Pernahkah permohonan Anda untuk menutup atau memulihkan asuransi jiwa anda ditunda? / Have Your application or reinstatement of insurance on your life was postponed? \*
- 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) \*

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

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

**H. KETERANGAN LAIN-LAIN / MISCELLANEOUS**

| Calon Tertanggung Utama / Main Proposed Insured |                          | Calon Tertanggung Tambahan/Pemohon/Pasangan/Anggota Keluarga / Additional Proposed Insured/Applicant/ Spouse/Family Member |                          |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Tidak/No  | Ya/Yes                   | Tidak/No   | Ya/Yes                   |
| <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

- H.1. 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 \*

|   | Calon Tertanggung Utama / Main Proposed Insured |                          | Calon Tertanggung Tambahan/Pemohon/Pasangan/Anggota Keluarga / Additional Proposed Insured/Applicant/ Spouse/Family Member |                          |
|---|---|--------------------------|--|--------------------------|
|   | Tidak/No  | Ya/Yes                   | Tidak/No   | Ya/Yes                   |
| H.2. 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 komersil yang berjadwal? / 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? *<br>Jika "Ya", berikan penjelasan dan lengkapi kuesioner terpisah / If "Yes", please explain and complete in separate questionnaire * | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| H.3. 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? *<br>Jika "Ya", jelaskan kapan, dimana, berapa lama dan alasannya / If "Yes", please complete for when, location, duration and reason *   | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| H.4. Penjelasan untuk jawaban "Ya" di atas / Explanation for answering "Yes" to the above question  | <input type="text"/>                            |                          |  |                          |

**I. PERTANYAAN KESEHATAN - UNTUK PERMOHONAN ASURANSI JIWA NON-MEDIS DAN ASURANSI KECELAKAAN DENGAN FAEDAH KESEHATAN / HEALTH QUESTIONNAIRE - FOR NON MEDICAL APPLICATION OF LIFE INSURANCE AND ACCIDENT WITH HEALTH BENEFIT**

|  | Calon Tertanggung Utama / Main Proposed Insured |                          | Calon Tertanggung Tambahan/Pemohon/Pasangan/Anggota Keluarga / Additional Proposed Insured/Applicant/ Spouse/Family Member |                          |
|--|---|--------------------------|--|--------------------------|
|  | Tidak/No  | Ya/Yes                   | Tidak/No   | Ya/Yes                   |
| I.1. a. Tinggi Badan / Height * <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm<br>b. Berat Badan / Weight * <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg<br>(Pertanyaan di atas untuk Calon Tertanggung Utama / Above questions is for the Main Proposed Insured ) |   |                          |  |                          |
| c. Apakah Anda ada perubahan berat badan dalam setahun terakhir ini? / Have You had any weight changes in the past one year? *<br>Jika "Ya", sebutkan berapa banyak dan mengapa? / If "Yes", please state the amount and reason? *   | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| d. Apakah Anda dalam pengawasan dokter? / Are You under the supervision of a doctor? *<br>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"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

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

|  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| I.2. 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I.3. 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)? *<br>Jika "Ya", berikan penjelasan / If "Yes", please explain detail *<br>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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Jenis Tembakau / Tobacco Type                       | Konsumsi Rata-rata Harian / Average Daily Consumption | Lamanya (tahun) / Number of Years |
|---|---|-----------------------------------|
| Calon Tertanggung Utama / Main Proposed Insured     |   |                                   |
| Calon Tertanggung Lainnya / Others Proposed Insured |   |                                   |
| Tanggal Berhenti / Date Ceased                      | Alasan / Reason                                       |                                   |
| Calon Tertanggung Utama / Main Proposed Insured     |   |                                   |
| Calon Tertanggung Lainnya / Others Proposed Insured |   |                                   |

|   |  |  |                          |        |
|---|--|--|--------------------------|--------|
| I.4. a. Apakah Anda mengonsumsi alkohol secara teratur (harian/mingguan)? / <i>Do You consume alcohol on a daily/weekly basis? *</i><br>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> | Calon Tertanggung Utama / <i>Main Proposed Insured</i> | Calon Tertanggung Tambahan/Pemohon/Pasangan/Anggota Keluarga / <i>Additional Proposed Insured/Applicant/ Spouse/ Family Member</i> |                          |        |
|   | Tidak/No   | Ya/Yes   | Tidak/No                 | Ya/Yes |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |        |

|  | Jenis Minuman / <i>Type of Drink</i> | Banyaknya (per hari/minggu) / <i>Amount (per day/week) **</i> |
|--|--------------------------------------|---|
| Calon Tertanggung Utama / <i>Main Proposed Insured</i>     |                                      |   |
| Calon Tertanggung Lainnya / <i>Others Proposed Insured</i> |                                      |   |

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

|   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| I.5. 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

|  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| I.6. a. Apakah Anda pernah diperiksa untuk virus HIV? / <i>Have You ever had HIV testing done? *</i><br>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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

|  | Tanggal / <i>Date</i> | Alasan / <i>Reason</i> | Hasil / <i>Result</i> |
|--|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| Calon Tertanggung Utama / <i>Main Proposed Insured</i>     |                       |                        |                       |
| Calon Tertanggung Lainnya / <i>Others Proposed Insured</i> |                       |                        |                       |

|  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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><br>Jika "Ya", sebutkan kapan, alasan dan kondisi sekarang dibawah ini: / <i>If "Yes", please state date, reason and current condition: *</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

|  | Tanggal / <i>Date</i> | Alasan / <i>Reason</i> | Kondisi Sekarang / <i>Current Condition</i> |
|--|-----------------------|------------------------|---|
| Calon Tertanggung Utama / <i>Main Proposed Insured</i>     |                       |                        |   |
| Calon Tertanggung Lainnya / <i>Others Proposed Insured</i> |                       |                        |   |

|   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| I.7. 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>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <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"/> | <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"/> | <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, persistant cough, shortness of breath, coughing of blood, pneumonia, tuberculosis, any other lung disorders? *</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <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, irama 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



|  | Calon Tertanggung Utama / Main Proposed Insured |                                     | Calon Tertanggung Tambahan/Pemohon/Pasangan/Anggota Keluarga / Additional Proposed Insured/Applicant/Spouse/Family Member |  |
|--|---|-------------------------------------|---|--|
|  | Tidak/No  | Ya/Yes                              | Tidak/No  | Ya/Yes   |
| 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"/>            | <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"/>            | <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"/>            | <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"/>            | <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 abstain 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"/>            | <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"/>            | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |
| 1.8. 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> *   | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |
| Jika " Ya ", berikan penjelasan di bawah ini: / <i>If "Yes", please give details as indicated below:</i> *   |   |                                     |   |  |
|  | Jenis Pemeriksaan / Type of Test                | Tanggal / Date                      | Klinik/Rumah Sakit / Clinic/Hospital  | Alasan / Reason  |
| Calon Tertanggung Utama / Main Proposed Insured  |   |                                     |   |  |
| Calon Tertanggung Lainnya / Others 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> *  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |
| Jika " Ya ", berikan penjelasan di bawah ini: / <i>If "Yes", please give details as indicated below:</i> *   |   |                                     |   |  |
|  | Keadaan / Condition                             | Tanggal / Date                      | Klinik/Rumah Sakit / Clinic/Hospital  | Pengobatan / Treatment   |
| Calon Tertanggung Utama / Main Proposed Insured  |   |                                     |   |  |
| Calon Tertanggung Lainnya / Others Proposed Insured  |   |                                     |   |  |
| 1.9. 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> * | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |
| Jika " Ya ", berikan penjelasan di bawah ini: / <i>If "Yes", please give details as indicated below:</i> *   |   |                                     |   |  |
|  | Hubungan Keluarga / Family Relationship         | Usia Waktu Menderita / Age of Onset | Usia Saat Ini / Current Age   | Penyakit / Disease   |
| Calon Tertanggung Utama / Main Proposed Insured  |   |                                     |   | Usia Waktu Meninggal [Jika Sudah Meninggal] / Age of Death [if deceased] |
| Calon Tertanggung Lainnya / Others Proposed Insured  |   |                                     |   |  |

I.10. Hanya untuk Wanita / Female only

- a. Apakah Anda pernah menderita atau menemukan adanya benjolan pada payudara atau kelainan lainnya pada payudara? / Have You ever suffered or are You aware of any breast or any other disorder of Your breast? \*
- b. Apakah ada anggota keluarga Anda yang pernah menderita kanker payudara (termasuk pada nenek, ibu, bibi, kakak atau adik)? / Have any Your family members had breast cancer (including grandmother, mother, aunts or sisters)? \*
- c. Pernahkah Anda mengalami haid yang tidak teratur, nyeri dan berlebihan banyaknya, menderita fibroid, kista, atau kelainan lainnya pada organewanitaan? / Have You ever suffered from irregular or painful or unusual heavy menstruation, fibroids, cysts or any other disorder of the female organs? \*
- d. Pernahkah Anda mendapatkan hasil test papsmear yang abnormal atau diberitahu oleh dokter untuk mengulang test papsmear dalam 6 (enam) bulan berikutnya? / 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? \*
- e. Apakah Anda sedang hamil? / Are You now pregnant? \*  
Jika "Ya", sebutkan berapa minggu usia kehamilan Anda /  minggu / weeks  
If "Yes", please indicate number of weeks \*
- f. Pernahkah Anda menderita komplikasi selama kehamilan Anda sebelum ini atau pada waktu melahirkan? / Have You ever suffered from any complication during any of Your previous pregnancy or delivery? \*

| Calon Tertanggung Utama / Main Proposed Insured |                          | Calon Tertanggung Tambahan/Pemohon/Pasangan/Anggota Keluarga / Additional Proposed Insured/Applicant/ Spouse/Family Member |                          |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Tidak/No  | Ya/Yes                   | Tidak/No   | Ya/Yes                   |
| <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

I.11. Jika ada jawaban dari pertanyaan bagian I (No. 1 - 10) yang dijawab "Ya", berikan keterangan selengkapnya dengan menunjuk kepada nomor pertanyaannya / If any answer to question in Section I (number 1-10) is "Yes", provide detail quoting the relevant question(s) number

J. PERMINTAAN KHUSUS / SPECIAL REQUEST

Backdate ke Tanggal / Backdate to

/  /

Tanggal/Date      Bulan/Month      Tahun/Year

(Hanya berlaku untuk asuransi jiwa tanpa investasi) / (Applicable to life insurance without investment only)

Lain-lain / Others

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA / DECLARATION AND AUTHORIZATION

Saya/Kami, selaku Pemohon/Calon Pemilik Polis dan Calon Tertanggung, secara sendiri-sendiri dan bersama-sama menyatakan setuju bahwa: I/We, as Applicants/Proposed Policy Owner and Proposed Insured, individually and jointly agree that:

- (A) Tidak ada pernyataan, keterangan ataupun persetujuan yang dibuat atau diberikan oleh atau kepada seseorang termasuk agen perusahaan yang dapat mengikat PT Avrist Assurance (selanjutnya disebut "Perusahaan") kecuali bila diberikan secara tertulis dan disahkan oleh Pejabat Perusahaan yang berwenang sebagaimana tercantum dalam Polis.  
*No statement, information or agreement made or given by or to the person, including agent soliciting or taking this application or by or to any person shall be binding on PT Avrist Assurance (hereinafter called "Company") unless reduced to writing, and the only if presented to and approved by an officer specified in the Policy.*
- (B) Semua pernyataan dan jawaban yang diberikan dalam surat permohonan asuransi ini, beserta semua pernyataan dan jawaban yang diberikan dalam pemeriksaan kesehatan, kuesioner atau amandemen, adalah lengkap dan benar, dan Saya/Kami mengerti bahwa Perusahaan akan mempercayainya dan bertindak atas dasar-dasar tersebut, apabila pernyataan atau jawaban yang diberikan tidak benar maka Polis yang dikeluarkan atas dasar tersebut akan menjadi batal.  
*All the foregoing statements and answers in this application together with those in any required medical examination, questionnaire or amendments, are full, complete and true, and I/We understand that the Company, believing them to be such, will rely and act on them, otherwise any Policy issued hereunder may be void.*
- (C) Asuransi yang dimohonkan hanya akan berlaku apabila: [i] Perusahaan telah menyetujui surat permohonan asuransi ini berdasarkan ketentuan Underwriting yang berlaku serta Polis sudah diterbitkan kepada Saya/Kami, [ii] premi pertama telah dilunasi, dan [iii] tidak ada perubahan atas kondisi kesehatan Saya/Kami dari sejak tanggal pengisian surat permohonan asuransi ini sampai dengan asuransi ini mulai berlaku. Dalam hal premi pertama telah dilunasi namun surat permohonan asuransi ini masih dalam proses Underwriting Perusahaan, maka perlindungan asuransi yang berlaku adalah sebagaimana tertulis dalam syarat dan ketentuan khusus untuk surat permohonan baru asuransi jiwa yang terdapat pada website Perusahaan [www.avrist.com](http://www.avrist.com).  
*The insurance applied will only valid if: [i] the Company has approved this insurance application form based on the applicable Underwriting provisions and the Policy has been issued to Me/Us, [ii] the first premium has been paid, and [iii] there is no change in My/Our health condition from the date of filling out this insurance application form until this insurance takes effect. In case the first premium has been paid but the insurance application form is still under the Company's Underwriting process, the applicable insurance protection is as stated in the specific terms and conditions for the new life insurance application form found on the Company's website [www.avrist.com](http://www.avrist.com).*

- (D) Saya/Kami mengerti bahwa bonus, dividen atau segala manfaat lain, yang tidak dijamin yang digambarkan dalam ilustrasi yang diperlihatkan kepada Saya/Kami oleh Agen dan atau Perusahaan sebelum atau pada saat surat permohonan asuransi jiwa atau ilustrasi ditandatangani dapat berubah (meningkat atau menurun) dan oleh karenanya tidak dijamin oleh Agen dan atau Perusahaan.  
*I/We understand that bonus, dividend or all other benefits, that is not guaranteed as stated in the illustration shown to Me/Us by the Agent and/or the Company before or at the time the insurance application or illustration is signed may change (increased or decreased) and hence is not guaranteed by the Agent and/or Company.*
- (E) Saya/Kami menyetujui Perusahaan untuk menolak transaksi, membatalkan transaksi, dan atau membatalkan Polis apabila Saya/Kami (i) menyampaikan informasi/dokumen yang tidak benar (ii) tidak dapat menyerahkan dokumen/informasi sesuai dengan peraturan dari OJK dan atau (iii) memiliki sumber dana yang diketahui atau patut diduga berasal dari hasil tindak pidana.  
*I/We approve the Company to reject the transaction, cancel the transaction, and or cancel the Policy if I/We (i) submit incorrect information/documents (ii) cannot submit documents/information in accordance with the regulations of the OJK and or (iii) have sources of funds that are known or reasonably suspected to originate from the proceeds of crime.*
- (F) Uang Pertanggungjawaban merupakan manfaat yang timbul karena adanya perjanjian antara Pemilik Polis dan Perusahaan selaku penanggung dan akan dibayarkan sesuai syarat dan ketentuan dalam Polis. Dengan dibayarkannya Uang Pertanggungjawaban tersebut, Perusahaan akan dibebaskan dari segala gugatan/tuntutan yang timbul dari pihak manapun karena pembayaran Uang Pertanggungjawaban kepada Yang Ditunjuk.  
*Sum Assured is a benefit arising from an agreement between the Policy Owner and the Company as the insurer and will be paid according to the terms and conditions in the Policy. With the payment of the Sum Assured, the Company will be released from all claims/claims arising from any party due to the payment of the Sum Assured to the Beneficiary.*
- (G) Data Saya/Kami yang tercantum dalam surat permohonan asuransi ini merupakan data yang terkini dan dapat digunakan untuk keperluan pengkinian atas data sebelumnya yang tercatat di perusahaan.  
*My/Our data stipulated in this insurance application form is the most updated data and can be used for updating the previous data recorded in the company.*
- (H) Saya/Kami menyatakan bahwa Polis/surat-menyurat akan dianggap diterima dengan baik (i) pada hari yang sama, apabila diserahkan langsung (*hand delivery*) oleh petugas/agen Perusahaan, yang dibuktikan dengan tanda tangan penerimaan pada tanda terima, (ii) pada hari kerja ke-10 (sepuluh), apabila dikirimkan melalui ekspedisi (kurir) atau pos tercatat, yang dibuktikan dengan resi pengiriman, atau (iii) pada saat email dikirimkan oleh Perusahaan, apabila dikirimkan melalui email, yang dibuktikan dengan tanda terima pengiriman email berhasil dari sistem.  
*I/We declare that the Policy/correspondence will be deemed well received (i) on the same day, if hand delivery by the officer/agent of the Company, as evidenced by the receipt signature on the receipt, (ii) at 10<sup>th</sup> (tenth) working day, if sent via expedition (courier) or registered post, as evidenced by a delivery receipt, or (iii) when the email is sent by the Company, if sent by email, as evidenced by a successful email delivery receipt from the system.*

Catatan: / Notes:

- Dengan membeli Polis ini dan dengan menandatangani surat permohonan asuransi ini, Saya/Kami menyatakan bahwa Saya/Kami bukan warganegara Amerika Serikat yang dimaksud oleh ketentuan perundangan pajak penghasilan dari Pemerintah Federal Amerika Serikat dan Saya/Kami tidak bertindak untuk atau atas nama seorang warga negara Amerika Serikat.  
*By purchasing this Policy and signing below, I/We represent that I/We are not an U.S. person for purposes of U.S. Federal income tax and that I/We are not acting for, or on behalf of, an U.S. person.*
- Pernyataan yang salah atau tidak benar ataupun adanya perubahan mengenai status pajak Saya/Kami diatas dapat dikenakan sanksi/denda berdasarkan hukum pajak Amerika Serikat yang dilakukan oleh Perusahaan yang telah mengikuti FATCA, dan Saya/Kami bersedia menanggung sanksi/denda yang disebabkan oleh pernyataan tersebut.  
*A false statement or misrepresentation of tax status regarding My/Our tax status as above can be subject to sanctions/fines based on United States tax law carried out by companies that have participated in FATCA, and I/We are willing to bear sanctions/fines caused by these statements.*

SELANJUTNYA, dengan ini Saya/Kami memberikan kuasa kepada: / *FURTHERMORE, I/We hereby authorise:*

1. Dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi, organisasi, atau badan lainnya ataupun perorangan yang mempunyai catatan atau mengetahui tentang keadaan kesehatan Saya/Kami, untuk memberitahukan kepada Perusahaan atau orang yang mewakilinya, semua keterangan mengenai diri Saya/Kami yang berhubungan dengan kesehatan Saya/Kami, riwayat penyakit atau perawatan di rumah sakit, nasihat-nasihat dokter, pengobatan atau penyakit.  
*Any physician, hospital, clinic, insurance company or other organisation, institutions or person, that has any records or knowledge of Me/Us or My/Our health, to disclose to the Company or its representatives any and all information about Me/Us with reference to My/Our health and medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment.*
2. Perusahaan atau dokter pemeriksa atau laboratorium independen yang ditunjuk oleh Perusahaan, untuk melakukan pemeriksaan atau uji kesehatan yang diperlukan guna melakukan proses underwriting dan penilaian status kesehatan Saya/Kami sehubungan dengan permohonan asuransi ini dan klaim apapun yang timbul kemudian. Pemeriksaan kesehatan ini dapat meliputi, tapi tidak terbatas pada, pemeriksaan kolesterol dan lemak darah lainnya, diabetes, kelainan hati atau ginjal, AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*), infeksi oleh HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), kelainan imunitas atau adanya obat-obatan, obat-obatan terlarang/narkoba, nikotin dan metabolitnya.  
*The Company or any of its approved medical examiners or laboratories to perform the necessary medical assessment and tests to underwrite and evaluate My/Our health status in relation to this application and any claims arising therefrom. These tests may include, but are not limited to, tests for cholesterol and related blood lipids, diabetes, liver or kidney disorders, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), infections by any Human Immunodeficiency Virus (HIV), immune disorder or the presence of medications, drugs, nicotine or their metabolites.*
3. Perusahaan untuk menggunakan informasi atau keterangan mengenai diri Saya/Kami yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh Perusahaan (sesuai yang tercantum dalam surat permohonan asuransi ini atau sarana lain), kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan reasuransi, asuransi, lembaga, bank atau badan hukum lain baik didalam maupun diluar negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan Perusahaan dalam rangka pengajuan surat permohonan asuransi ini, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, maupun penawaran produk lain kepada Saya/Kami. Saya/Kami juga mengerti bahwa Saya/Kami berhak untuk melakukan koreksi atau penambahan atas informasi dan keterangan mengenai Saya/Kami tersebut dengan menghubungi kantor Perusahaan.  
*Company to use information or annotation about Myself/Ourself which is provided or kept by Company (according to as stated in this insurance application or other sources), to other parties (include but unlimited to reinsurance company, insurance, institution, bank, or other corporation either domestic or overseas) that has relation with the Company in the form of this insurance application, claim payment, customer relation, even other products offering to Me/Us. I/We understand that I/We have the right to make correction or addition for the information regarding Myself/Ourself by contracting the Company office.*

Pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali, mengikat para pengganti atau ahli waris Saya/Kami dan orang Yang Ditunjuk, dan tetap berlaku setelah Saya/Kami meninggal atau dalam keadaan cacat. Fotokopi surat kuasa ini mempunyai kekuatan yang sama seperti aslinya.  
*This authorization is irrevocable, shall be binding on My/Our successor and Beneficiaries and remains valid after I/We die or are disabled. A photocopy of this authorization shall be as effective and valid as the original.*

**PERINGATAN: / WARNING:**

Jika fakta yang bersifat material tidak dinyatakan dalam surat permohonan asuransi ini, maka Polis yang dikeluarkan akan dianggap tidak berlaku. Jika Anda ragu-ragu apakah suatu fakta material atau tidak, Anda dianjurkan untuk menyatakannya. Hal ini juga meliputi segala informasi yang mungkin telah Anda berikan kepada agen anda tapi tidak dinyatakan dalam surat permohonan asuransi ini. Mohon diperiksa kembali apakah Anda sudah benar-benar puas dengan informasi yang Anda nyatakan dalam surat permohonan asuransi ini. Jangan menandatangani surat permohonan asuransi yang masih kosong/belum diisi.

*If material fact is not disclosed in this application, any Policy issued may not be valid. If you are in doubt as to whether a fact is material, You are advised to disclose it. This include any information that You may have provided to the Agent but was not included in the application. Please check to ensure You are fully satisfied with the information declared in this application. Please do not sign any blank application form.*

Apabila Agen membantu dalam pengisian surat permohonan asuransi ini, pastikan Anda telah memeriksa dan menyetujui isi surat permohonan asuransi ini sebelum menandatangani. Agen dilarang menandatangani surat permohonan asuransi atas nama Calon Tertanggung atau Calon Pemilik Polis.

*If Agent assist in fulfilling the application, please ensure You have reviewed and agreed with the contents before You sign the application. Agent is not allowed to sign the application on behalf Proposed Insured or Proposed Policy Owner.*

Ditandatangani di / Declared in \*   
Tempat / PlaceTanggal / Date \*  /  /   
Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

---

Nama & Tanda Tangan Pemohon/Calon Pemilik Polis  
*Name & Signature of Applicant/Proposed Policy Owner*

---

Nama & Tanda Tangan Calon Tertanggung  
(Jika berbeda dengan Calon Pemilik Polis)  
*Name & Signature of Proposed Insured  
(If other than Proposed Policy Owner)*

Disaksikan oleh\*:  
*(Witnessed by) \**

---

Nama & Tanda Tangan Calon Tertanggung Tambahan  
(Untuk Pasangan dan atau anak yang berusia  $\geq$  18 tahun yang ikut menjadi Tertanggung)  
*Name & Signature of Additional Proposed Insured  
(For Spouse and or children  $\geq$  18 years of age who are part of the Insured)*

---

Nama & Tanda Tangan Agen  
\* Mengetahui bahwa Pemohon/Calon Pemilik Polis, Calon Tertanggung dan atau Pasangan telah menandatangani surat permohonan asuransi ini  
*Name & Signature of Agent  
\* Knowing that the Applicant/Proposed Policy Owner, Proposed Insured and or Spouse have signed this insurance application form*

# FORMULIR LAPORAN RAHASIA AGENT AGENT CONFIDENTIALITY REPORT FORM



Advancing Life

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 penyelesaian 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