

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



Syariah Unit

PT AVRIST ASSURANCE
BISMILLAAHIRRAHMAANIRRAHIIM

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
DETAILS OF APPLICANT OR PROPOSED POLICY OWNER**

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

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

A.3. Tanggal Lahir / Date of Birth * / /

Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

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

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

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

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

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

Kota/City *

Propinsi/Province *

Kode Pos/Postal Code *

No. Telepon/Telephone No. *

Handphone/Handphone No. *

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

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

Kota/City

Propinsi/Province

Kode Pos/Postal Code

No. Telepon/Telephone No.

A.10. Pekerjaan (Jika 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 konsultasi / 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 Kontribusi / Source of Income for Contribution Payment *

- Gaji/Hasil Usaha / Salary/Business Proceeds Tabungan/Deposito / Saving/Deposit
- Lainnya (Sebutkan) / Others (Please explain)

A17. Tujuan Asuransi / Purpose of Insurance *

A18. Apakah ada pihak lain (Beneficial Owner) yang memiliki dana atau yang melakukan pembayaran Kontribusi ataupun melakukan transaksi selain Calon Pemilik Polis dan atau Calon Peserta? / Is there other party (Beneficial Owner) who have fund or make Contribution payment or make transaction other than Proposed Policy Owner and or Proposed Participant?
 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 PESERTA / DETAILS OF PROPOSED PARTICIPANT

B.1. Nama Lengkap (Sesuai Akta Kelahiran) / Full Name (Show on Birth Certificate) *

B.2. No. Akta Kelahiran / Birth Certificate Number *

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

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

B.5. Kewarganegaraan (Hanya diisi oleh WNA) / Nationality (For foreigner only)

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

 Kota/City *
 Propinsi/Province *
 Kode Pos/Postal Code *

B.7. Hubungan dengan Calon Pemilik Polis / Relationship to Proposed Policy Owner *

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

C.1. Nama Bank / Bank Name *

C.2. Nama Cabang / Branch Name *

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

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

C.5. No. Rekening / Account Number *

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

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

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

PERMOHONAN ASURANSI JIWA SYARIAH DENGAN INVESTASI / SHARIA LIFE INSURANCE WITH INVESTMENT

E.1. POLIS DASAR / BASIC POLICY

- a. Produk Asuransi / Insurance Product *
- b. Mata Uang / Currency * Rupiah / IDR Dollar / USD
- c. Jumlah Manfaat Asuransi / Insurance Benefit Amount *
- d. Jumlah Kontribusi Berkala / Regular Contribution Amount *
- e. Jumlah Kontribusi Tunggal / Single Contribution Amount *
- f. Cara Pembayaran Kontribusi / Mode Of Payment * Bulanan / Monthly Tiga Bulanan / Quarterly Tengah Tahunan / Semi Annually Tahunan / Annually Tunggal / Single

- E.2. MANFAAT TAMBAHAN - Jenis dan Jumlah Manfaat Tambahan / RIDER - Name and Insurance Benefit Amount of Rider *
- PB
-
-
-
-
-

- E.3. TOP-UP BERKALA (JUMLAH KONTRIBUSI TOP-UP BERKALA) / REGULAR TOP-UP (REGULAR TOP-UP CONTRIBUTION AMOUNT) *

- E.4. TOP-UP AD HOC (JUMLAH KONTRIBUSI TOP-UP ADHOC) / AD HOC TOP-UP (ADHOC TOP-UP CONTRIBUTION AMOUNT) *

- E.5. JUMLAH KONTRIBUSI YANG DIBAYARKAN (JUMLAH KONTRIBUSI BERKALA + MANFAAT TAMBAHAN + TOP-UP) / CONTRIBUTION PAID AMOUNT (AMOUNT OF REGULAR CONTRIBUTION + RIDER + TOP-UP) *

- E.6. ALOKASI KONTRIBUSI UNTUK INVESTASI / CONTRIBUTION ALLOCATION FOR INVESTMENT *

JENIS DANA INVESTASI POLIS RUPIAH / INVESTMENT FUND TYPE OF IDR POLICY	JENIS DANA INVESTASI POLIS DOLLAR / INVESTMENT FUND TYPE OF USD POLICY	KONTRIBUSI BERKALA / REGULAR CONTRIBUTION	KONTRIBUSI TOP-UP BERKALA / REGULAR TOP-UP CONTRIBUTION	KONTRIBUSI TOP-UP AD HOC / AD HOC TOP-UP CONTRIBUTION
Avrist Asya Balanced Rupiah Fund	<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Avrist Asya Equity Rupiah Fund	<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Avrist Asya Cash Rupiah Fund	<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
TOTAL		<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %

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

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

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

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

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

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

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

	Calon Peserta / Proposed Participant		Pemohon/Calon Peserta Tambahan / Applicant/Additional Proposed Participant	
	Tidak/No	Ya/Yes	Tidak/No	Ya/Yes
H.1. Apakah Anda atau Calon Peserta saat ini sudah memiliki atau sedang mengajukan permohonan asuransi atas diri Anda atau Calon Peserta selain permohonan ini ? / Do You or Proposed Participant have any existing insurance or concurrent application for insurance on Your or Proposed Participant life besides this application? * Jika "Ya", harap berikan keterangan terperinci (sebutkan Nomor Polis jika ada) : / If "Yes", please provide details (policy number to be stated if available): *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nama Perusahaan Asuransi / Insurance Company's Name	Tanggal Polis / Policy Date	Nomor Polis/ Policy Number	Jumlah Manfaat Asuransi / Insurance Benefit Amount	
			Jiwa / Life	Penyakit Kritis/ Critical Illness
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

	Calon Peserta / Proposed Participant		Pemohon/Calon Peserta Tambahan / Applicant/Additional Proposed Participant	
	Tidak/No	Ya/Yes	Tidak/No	Ya/Yes
<p>H.2. Apakah Anda mengganti atau bermaksud mengganti Polis yang sudah Anda atau Calon Peserta miliki dengan permohonan Polis ini dalam 12 (dua belas) bulan terakhir atau yang akan datang? / Have You replaced or do You intend to replace any of Your or Proposed Participant existing life insurance policies by this application in the past or the next 12 (twelve) months? *</p> <p>Saya menyadari bahwa jika Saya menjawab pertanyaan di atas dengan "Tidak", tetapi sebenarnya permohonan ini untuk menggantikan atau akan digunakan untuk menggantikan Polis asuransi jiwa Saya atau Calon Peserta dalam waktu 12 (dua belas) bulan terakhir atau yang akan datang, Saya dapat merusak hak Saya atau Calon Peserta di kemudian hari jika ternyata Saya atau Calon Peserta 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 be replaced or will be replaced My or Proposed Participant life insurance policies in the past or the next 12 (twelve) months, I may jeopardize My or Proposed Participant future right if I find later that I have been disadvantaged in taking out the new insurance policies.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>H.3.a. Pernahkah permohonan Anda atau Calon Peserta untuk menutup asuransi jiwa, penyakit kritis, kecelakaan, cacat, kesehatan atau Polis asuransi lainnya yang berhubungan dengan kesehatan ditolak, ditangguhkan, dikenakan tarif tambahan atau diubah ketentuannya? / Have Your or Proposed Participant application to cover life, critical illness, accidental, disability, health insurance or other insurance policy ever been declined, postponed, rated or modified in any way? *</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>b. Pernahkah permohonan Anda atau Calon Peserta untuk menutup atau memulihkan asuransi jiwa anda ditunda? / Have Your or Proposed Participant application or reinstatement of insurance on Your life was postponed? *</p> <p>Jika "Ya", untuk salah satu/dua 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) *</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jenis Asuransi/ Coverage Type	Nama Perusahaan Asuransi/ Insurance Company's Name	Nomor Polis/ Policy Number	Tanggal/ Date	Alasan/ Reason

**I. PERTANYAAN KESEHATAN UNTUK CALON PESERTA - UNTUK PERMOHONAN ASURANSI NON-MEDIS
HEALTH QUESTIONS FOR PROPOSED PARTICIPANT - FOR NON-MEDICAL INSURANCE APPLICATIONS**

	Calon Peserta / Proposed Participant		Calon Peserta Tambahan / Additional Proposed Participant	
	Tidak/No	Ya/Yes	Tidak/No	Ya/Yes
<p>1.1. a. Tinggi Badan / Height * <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> cm</p> <p>b. Berat Badan / Weight * <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> kg</p>				
<p>c. Apakah Calon Peserta ada perubahan berat badan dalam setahun terakhir ini? / Have the Proposed Participant had any weight changes in the past one year? *</p> <p>Jika "Ya", sebutkan berapa banyak dan mengapa? / If "Yes", please state the amount and reason? *</p> <p><input type="text"/></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>d. Apakah Calon Peserta dalam pengawasan dokter? / Is the Proposed Participant under the supervision of a doctor? *</p> <p>Jika "Ya", sebutkan nama dan alamat dokter keluarga/langganan Calon Peserta / If "Yes", please mention name and address of Proposed Participant's family doctor / subscription *</p> <p><input type="text"/></p> <p>Sebutkan tanggal, alasan dan hasil konsultasi terakhir / Please state the date, reason and results of the last consultation *</p> <p><input type="text"/></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>1.2. Apakah Calon Peserta 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? / Does the Proposed Participant perform or has ever engaged in any hazardous activities or sports (including mountaineering, parachuting, hang gliding, motor sport, scuba diving, etc) or flying other than as a fare passenger on a regular scheduled airline? *</p> <p>Jika "Ya", berikan penjelasan dan lengkapi kuesioner terpisah / If "Yes", please explain and complete in separate questionnaire *</p> <p><input type="text"/></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Calon Peserta / Proposed Participant		Calon Peserta Tambahan / Additional Proposed Participant	
	Tidak/No	Ya/Yes	Tidak/No	Ya/Yes
I.3. Apakah Calon Peserta pernah tinggal di tempat atau negara lain selama lebih dari 3 (tiga) bulan? / Does the Proposed Participant reside or have resided overseas for more than 3 (three) months? * Jika "Ya", jelaskan kapan, dimana, berapa lama dan alasannya / If "Yes", please complete for when, location, duration and reason *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I.4. Apakah Calon Peserta pernah mendapat nasihat medis, konsultasi atau pengobatan yang berhubungan dengan AIDS, kompleks gejala yang berhubungan dengan AIDS (AIDS Related Complex), atau pernah diberitahu bahwa Calon Peserta menderita hal tersebut; atau bahwa Calon Peserta pernah diperiksa untuk virus AIDS (HIV) atau dalam 3 (tiga) bulan terakhir ini Calon Peserta menderita salah satu gejala berikut ini selama lebih dari satu minggu berturut-turut: cepat lelah, penurunan berat badan, diare/buang air besar yang tak normal, pembesaran kelenjar getah bening atau limfe, atau kelainan kulit yang tidak lazim? / Have the Proposed Participant ever received medical advice, consultation or treatment related to AIDS, complex symptoms ever checked for AIDS (HIV) virus or in the last 3 (three) months have Proposed Participant had any of the following symptoms for more than one week continuously: fatigue, unexplained weight loss, diarrhoea, enlarged nodes or unusual skin lesions? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

I.5. Apakah Calon Peserta pernah menderita atau diberitahu menderita atau mendapat perawatan untuk: / Have the Proposed Participant ever had been told to have or been treated for:				
a. Kelainan saluran pernapasan, batuk yang berkepanjangan, asma, sesak napas, batuk darah, paru-paru basah (pneumonia), tuberculosis (TBC), gangguan pada jantung atau pembuluh darah, gangguan lain pada katup jantung, kejang-kejang, epilepsi atau ayun, kelumpuhan, polio, pingsan, gangguan mental atau kelainan yang mempengaruhi otak dan sistem saraf lainnya? / Respiratory disorders, persistent cough, asthma, shortness of breath, coughing of blood, pneumonia, tuberculosis, disorders of the heart or blood vessels, other disorders of the heart valves, convulsions, epilepsy, paralysis, polio, fainting, mental disorders or abnormalities that affect the brain and other nervous systems? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Anemia, leukimia atau kelainan darah lainnya, gangguan kelenjar endokrin, sakit kuning atau gangguan hati lainnya, gangguan pada kandung empedu, gangguan pada ginjal, gangguan pada saluran kencing atau alat kelamin, gangguan pada otot atau tulang belakang atau anggota badan atau persendian? / Anemia, leukemia or other blood disorders, endocrine disorders, jaundice or other liver disorders, gallbladder disorders, kidney disorder, urinary tract or genital disorders, disorders of the muscles or spine or limbs or joints? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Kondisi lain yang mempengaruhi penglihatan, pendengaran atau bicara, kelahiran yang abnormal atau prematur? / Other conditions that affect vision, hearing or speech, abnormal or premature birth? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Penyakit, kelainan, operasi, tumor, pertumbuhan abnormal atau cacat fisik lainnya yang belum di sebutkan di atas? / Diseases, abnormalities, surgeries, tumors, abnormal growths or other physical defects that have not been mentioned above? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I.6. Selama 5 (lima) tahun terakhir ini, pernahkah Calon Peserta mendapatkan: / In the past 5 (five) years, have the Proposed Participant, had any:				
a. Pemeriksaan medis seperti sinar X (rontgen), elektrokardiogram (EKG), ekhokardiogram, mammografi, ultrasonografi (USG), CT Scan, biopsi, pemeriksaan genetik, pemeriksaan darah atau urin, atau pemeriksaan lainnya? / 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? * Jika " Ya ", berikan penjelasan di bawah ini: / If "Yes", please give details as indicated below: *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jenis Pemeriksaan / Type of Test	Tanggal / Date	Klinik/Rumah Sakit / Clinic/Hospital	Alasan / Reason	Hasil / Result
Calon Peserta / Proposed Participant				
Calon Peserta Tambahan / Additional Proposed Participant				

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

Keadaan / Condition	Tanggal / Date	Klinik/Rumah Sakit / Clinic/Hospital	Pengobatan / Treatment	Hasil / Result
Calon Peserta / Proposed Participant				
Calon Peserta Tambahan / Additional Proposed Participant				

I.7. Sepanjang sepengetahuan dan keyakinan Anda, adakah diantara anggota keluarga Calon Peserta yang meninggal karena atau pernah menderita tuberculosis (TBC), diabetes, kanker, penyakit polycystic ginjal, gangguan mental, keadaan yang diturunkan atau keadaan yang berhubungan dengan AIDS? / *As long as You know and believe, are there any family members of the Proposed Participant who have suffered tuberculosis, diabetes, cancer, polycystic kidney disease, mental disorders, inherited conditions or conditions related to AIDS? **
 Jika "Ya", berikan penjelasan di bawah ini: / *If "Yes", please give details as indicated below. **

Calon Peserta / Proposed Participant		Calon Peserta Tambahan / Additional Proposed Participant	
Tidak/No	Ya/Yes	Tidak/No	Ya/Yes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Calon Peserta / Proposed Participant
 Calon Peserta Tambahan / Additional Proposed Participant

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

J. PERTANYAAN KESEHATAN UNTUK PEMOHON/CALON PEMILIK POLIS - UNTUK PERMOHONAN ASURANSI NON-MEDIS
 - Jika ada Manfaat Tambahan Payor Benefit/Payor Term/Payor Waiver
HEALTH QUESTIONS FOR APPLICANT/PROPOSED POLICY OWNER - FOR NON-MEDICAL INSURANCE APPLICATIONS
 - If take Payor Benefit/Payor Term/Payor Waiver rider

		Pemohon / Applicant	
		Tidak/No	Ya/Yes
J.1.a. Tinggi Badan / Height *	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm		
b. Berat Badan / Weight *	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg		
c. Apakah Anda ada perubahan berat badan dalam setahun terakhir ini? / Have You had any weight changes in the past one year? *		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika "Ya", sebutkan berapa banyak dan mengapa? / If "Yes", please state the amount and reason? *			
<input type="text"/>			
d. Apakah Anda dalam pengawasan dokter? / Are you under the supervision of a doctor? *		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika "Ya", sebutkan nama dan alamat dokter keluarga/langganan Anda / If "Yes", please mention name and address of Your family doctor / subscription *			
<input type="text"/>			
Sebutkan tanggal, alasan dan hasil konsultasi terakhir / Please state the date, reason and results of the last consultation *			
<input type="text"/>			
J.2.	Apakah Anda sekarang ini adalah anggota Angkatan Bersenjata atau Kepolisian? / Are You currently a member of military force or police? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika "Ya", berikan penjelasan dan lengkapi kuesioner terpisah / If "Yes", please explain and complete in separate questionnaire *			
<input type="text"/>			
J.3.	Apakah Anda melakukan atau pernah melakukan olahraga atau kegiatan yang penuh risiko (misalnya mendaki gunung, terjun payung, layang gantung, olahraga bermotor, menyelam, dll.) atau melakukan penerbangan selain sebagai penumpang pesawat 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? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika "Ya", berikan penjelasan dan lengkapi kuesioner terpisah / If "Yes", please explain and complete in separate questionnaire *			
<input type="text"/>			
J.4.	Apakah Anda pernah tinggal di tempat atau negara lain selama lebih dari 3 (tiga) bulan? / Do You reside or have resided overseas for more than 3 (three) months? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika "Ya", jelaskan kapan, di mana, berapa lama dan alasannya / If "Yes", please complete for when, location, duration and reason *			
<input type="text"/>			
J.5.	Apakah Anda pernah menggunakan obat-obatan terlarang/narkoba atau pernah dirawat karena kecanduan narkoba? / Have You ever used any drugs or narcotics or been treated for drugs addiction? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

J.6. Dalam 12 (dua belas) bulan terakhir ini apakah Anda menggunakan atau pernah menggunakan produk dari tembakau (termasuk tapi tidak terbatas pada rokok, cerutu, pipa dan tembakau kunyah)? / *Have You used any tobacco products in the past 12 (twelve) months (including but not limited to cigarettes, cigars, pipes and chewing tobacco)?* *
 Jika "Ya", berikan penjelasan / *If "Yes", please explain detail* *
 Jika Anda telah berhenti menggunakan produk dari tembakau, jelaskan kapan dan alasannya, misalnya: berhenti 5 tahun lalu karena anjuran dokter, dll. / *If You have been stopped using any tobacco product, please state when and give the reason, e.g., doctor's advice, etc.* *

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

J.7.a. Apakah Anda mengonsumsi alkohol secara teratur (harian/mingguan)? / *Do You consume alcohol on a daily/weekly basis?* *
 Jika "Ya", sebutkan konsumsi rata-rata dan jenis minuman, misalnya bir, anggur, dll. / *If "Yes", please state average consumption and type of drink, e.g. wine, beer, etc.* *

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

b. Apakah Anda pernah dirawat karena mengonsumsi alkohol secara berlebihan atau karena kebiasaan minum? / *Have You ever been treated for excessive alcohol consumption or because of drinking habits?* *

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

J.8. Apakah Anda atau suami/isteri Anda pernah menderita penyakit hubungan seksual, infeksi HIV, AIDS atau berkonsultasi dengan dokter sehubungan dengan AIDS atau infeksi HIV? / *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?* *

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

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

Tanggal / Date	Alasan / Reason	Hasil / Result

b. Dalam 3 (tiga) bulan terakhir ini, apakah Anda secara terus-menerus selama lebih dari satu minggu mempunyai salah satu gejala berikut ini: cepat lelah, penurunan berat badan yang tidak lazim, diare atau buang air besar yang tidak normal, pembesaran kelenjar getah bening atau limfe, atau kelainan kulit yang tidak lazim? / *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?* *
 Jika "Ya", sebutkan kapan, alasan dan kondisi sekarang di bawah ini: / *If "Yes", please state date, reason and current condition:* *

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

Tanggal / Date	Alasan / Reason	Kondisi Sekarang / Current Condition

J.10. Apakah Anda pernah menderita atau diberitahu menderita atau mendapat perawatan untuk: / *Have You ever had been told to have or been treated for:*

- 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? / *Epilepsy, fits, stroke, paralysis, poliomyelitis, multiple sclerosis, weakness of limb, prolonged headache, unconsciousness, nervous breakdown, depression or any other nervous/mental disorder?* *
- b. Diabetes, gangguan tiroid atau gangguan kelenjar endokrin lainnya? / *Diabetes, thyroid disorders or any other endocrine disorders?* *
- c. Keluar nanah dari telinga, pendarahan hidung, mata kabur, kelainan penglihatan, pendengaran atau bicara, atau gangguan lain pada telinga, mata, hidung atau tenggorokan? / *Ear discharge, nose bleeds, double vision, impaired sight, hearing or speech, or any other disorder of ear, eye, nose or throat?* *
- d. Asma, batuk terus-menerus, sesak napas, batuk darah, paru-paru basah (pneumonia), tuberculosis (TBC) atau gangguan lain pada paru-paru? / *Asthma, persistant cough, shortness of breath, coughing of blood, pneumonia, tuberculosis, any other lung disorders?* *
- e. Nyeri lambung, tukak lambung, keluar darah dari anus, bisul (fistula), wasir atau gangguan lain pada sistem pencernaan? / *Gastritis, stomach or duodenal ulcer, passing blood per rectum, fistula, haemorrhoids or any other digestive disorder?* *
- 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? / *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?* *
- g. Sakit kuning, karier hepatitis B, atau segala bentuk hepatitis, sirosis, gangguan hati atau kandung empedu? / *Jaundice, hepatitis B carrier or any form of hepatitis, cirrhosis, liver disorder or gall bladder disorder?* *
- h. Adanya darah, protein atau gula di urin, batu ginjal, infeksi atau gangguan lain pada ginjal, kandung atau saluran kencing atau alat kelamin? / *Blood, protein or sugar in urine, kidney stones, infection or any other kidney disorder, bladder or genital organs?* *

<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"/>

	Pemohon / Applicant	
	Tidak/No	Ya/Yes
i. Gangguan pada punggung atau leher, pergeseran sendi tulang belakang (slipped disc), kelebihan asam urat di dalam darah (gout), penyakit sendi (arthritis), muscular dystrophy, nyeri atau perubahan bentuk (deformitas), gangguan pada otot, tulang belakang, anggota badan atau persendian atau luka berat? / <i>Back or neck disorder, slipped disc, gout, arthritis, muscular dystrophy, pain or deformity, muscle disorders, spine, limbs or joints or severe injury?</i> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Kanker, tumor, kista atau pertumbuhan abnormal lainnya? / <i>Cancer, tumours, cysts or abnormal growth of any kind?</i> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Anemia, leukimia, penyakit darah lainnya, disarankan untuk tidak mendonorkan darah atau menerima transfusi darah atau produk darah lainnya karena hemofilia atau sebab lainnya? / <i>Anemia, leukimia, any other blood disorders, advised to 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"/>
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"/>

J.11. Selama 5 (lima) tahun terakhir ini, pernahkah Anda mendapatkan: / *In the past 5 (five) years, have You had any:*

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? / *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?* *

Jika "Ya", berikan penjelasan di bawah ini: / *If "Yes", please give details as indicated below:* *

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

b. Penyakit, luka, operasi, nasihat medis, perawatan rumah sakit atau pemeriksaan fisik yang belum disebutkan di atas? / *Illness, injury, operation, medical advice, hospital treatment or medical check-up not mentioned above?* *

Jika "Ya", berikan penjelasan di bawah ini: / *If "Yes", please give details as indicated below:* *

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

J.12. Apakah ada diantara orangtua atau saudara kandung Anda yang meninggal karena atau menderita kanker, penyakit jantung, stroke, tekanan darah tinggi, diabetes, penyakit ginjal, gangguan mental, tuberculosis (TBC), atau segala macam penyakit keturunan? / *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?* *

Jika "Ya", berikan penjelasan di bawah ini: / *If "Yes", please give details as indicated below:* *

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

J.13. Hanya untuk Wanita / *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 organ kewanitaan? / *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 / *If "Yes", please indicate number of weeks* *

minggu / 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?* *

J.14. Jika ada jawaban dari pertanyaan bagian I (No. 1 - 7) dan J (No. 1 - 13) yang dijawab "Ya", berikan keterangan selengkapnya dengan menunjuk kepada nomor pertanyaannya / *If any answer to question in Section I (number 1 - 7) and Section J (number 1 - 13) is "Yes", provide detail quoting the relevant question(s) number*

K. PERMINTAAN KHUSUS / SPECIAL REQUEST

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

Tanggal/Date
Bulan/Month
Tahun/Year

Lain-lain / *Others*

AKAD ATAU KONTRAK / AKAD OR CONTRACT

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

I/We hereby declare that I/We understand and agree to the following matters:

1. Bersama dengan para Pemilik Polis lainnya, Saya/Kami akan saling tolong - menolong (*ta'awun*) terhadap musibah yang mungkin dialami oleh salah seorang di antara Peserta dan untuk itu, Saya/Kami bersedia membayar sejumlah luran *Tabarru'* ke dalam rekening dana *tabarru'*.
Together with other Policy Owner, I/We will help each other - help (ta'awun) for the disaster that may be experienced by one of the Participants and for that, I/We are willing to pay a number of Tabarru' Contributions into a tabarru' fund account.
2. Berdasarkan Akad *Wakalah Bil Ujrah* dan Akad *Tabarru'*, Saya/Kami memberikan kuasa kepada PT. Avrist Assurance ("Perusahaan") untuk mengelola dana *tabarru'*, investasi dana *tabarru'*, dan dana investasi Peserta dan melakukan transaksi atas nama Saya/Kami dan Saya/Kami akan membayar seluruh biaya (*ujrah* dan *ta'widh*) yang dikenakan kepada Pemilik Polis, sesuai dengan jumlah dan ketentuan yang tercantum di dalam lampiran yang merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dengan surat permohonan asuransi ini dan Polis.
Based on the Akad Wakalah Bil Ujrah and Akad Tabarru', I/We authorize to PT. Avrist Assurance ("Company") to manage tabarru' funds, tabarru' fund investments and Participant investment funds and conduct transaction on behalf of Me/Us and I/We will pay all costs (ujrah and ta'widh) imposed on Policy Owner, in accordance with the number and conditions contained in the attachment which constitutes an integral and inseparable part of this insurance application form and Policy.
3. Dana *tabarru'* akan diinvestasikan pada instrument yang sesuai dengan prinsip syariah, dimana seluruh hasil investasi diperlukan sebagai tambahan ke dalam rekening dana *tabarru'* Peserta.
Tabarru' funds will be invested in instruments that are in accordance with sharia principles, where all investment proceeds are needed in addition to the Participant's tabarru' funds.
4. Saya/Kami memberikan kuasa kepada Perusahaan untuk melakukan transaksi investasi sesuai dengan jenis dana investasi yang Saya/Kami pilih dan Saya/Kami akan membayar biaya pengelolaan investasi sesuai dengan ketentuan dalam Polis.
I/We authorize the Company to make investment transactions according to the type of investment fund that I/We choose and I/We will pay management fees investment in accordance with the provisions in the Policy.
5. Saya/Kami mengikhlaskan dan menyetujui seluruh atau sebagian dari pembagian *nisbah* dari Surplus Underwriting ke rekening dana *tabarru'* sesuai dengan jumlah dan ketentuan yang tercantum di dalam lampiran yang merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dengan surat permohonan asuransi ini dan Polis. Apabila terjadi Defisit Underwriting, maka Perusahaan wajib meminjamkan dan berdasarkan prinsip *Qardh* (pinjaman pokok) kedalam dana *tabarru'* untuk membayar manfaat asuransi yang terjadi di antara Peserta, yang akan dikembalikan dari Surplus Underwriting yang akan datang.
I/We grant and approve all or part of the distribution of the Underwriting Surplus ratio to the Tabarru' fund account in accordance with the amount and conditions contained in the annex which constitutes an integral and inseparable part of this insurance application form and Policy. In the event of an Underwriting Deficit, the Company must lend and based on the Qardh principle (principal loan) into tabarru' funds to pay for insurance benefits that occur among Participants, which will be returned from the upcoming Underwriting Surplus.

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA / DECLARATION AND AUTHORIZATION

Saya/Kami, selaku Pemohon/Calon Pemilik Polis dan Calon Peserta, secara sendiri-sendiri dan bersama-sama menyatakan setuju bahwa:
I/We, as Applicants/Proposed Policy Owner and Proposed Participant, 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 amendemen, 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] kontribusi 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 kontribusi 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.
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 contribution 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 contribution 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.
- (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.

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 Peserta 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 Participant or Proposed Policy Owner.

Ditandatangani di / Declared in *
Tempat / Place

Tanggal / Date * / /
Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

Disaksikan oleh / Witnessed by *

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

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

FORMULIR LAPORAN RAHASIA AGENT AGENT CONFIDENTIALITY REPORT FORM



Syariah Unit

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 PESERTA (HARUS DILENGKAPI UNTUK SEMUA PERMOHONAN) / DATA OF PROPOSED PARTICIPANT (PLEASE COMPLETED FOR ALL APPLICATION)

Nama / Name: _____

1. Sejak kapankah Anda mengenalnya? / Since when did you know the Proposed Participant?

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

3. Siapakah yang akan membayar kontribusi Polis ini? / Who will pay this Policy contribution?

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 Participant, etc

7. Apakah Calon Peserta kelihatan sedang sakit atau mempunyai kelainan atau cacat tubuh? / Does the Proposed Participant appear to be ill or have a disability?
 Ya / Yes Tidak / No
8. Apakah Anda mengetahui bahwa Calon Peserta pernah/sedang sakit atau berkonsultasi/berobat kepada dokter? / Do You know that the Proposed Participant has ever/been ill or consulted/treated a doctor?
 Ya / Yes Tidak / No
9. Apakah Anda mengetahui calon Pemilik Polis/Peserta pernah menjalani pidana penjara, ditahan polisi, dituntut dalam peselisihan dengan seseorang ataupun tidak jujur? / Do you know the Proposed Policy Owner/Participant 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 Peserta karena hubungan darah atau perkawinan? / Do You have a family relationship with a Proposed Participant 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 PESERTA WANITA YANG SUDAH MENIKAH / ADDITIONAL QUESTIONS FOR FEMALE PROPOSED PARTICIPANT 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 manfaat asuransi yang dipilih oleh suami / Mention the amount of insurance benefit 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 PESERTA YANG TIDAK BEKERJA ATAU REMAJA (JUVENILE) / ADDITIONAL QUESTIONS FOR UNEMPLOYEE PROPOSED PARTICIPANT OR JUVENILE

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

2. Sebutkan jumlah manfaat asuransi yang dipilih oleh orang yang menanggung biaya hidupnya / Mention the amount of insurance benefit chosen by the person who bears the cost of Proposed Participant 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 PESERTA / ADDITIONAL QUESTIONS FOR APPLICANT WHO DO NOT BECOME A PROPOSED PARTICIPANT

- Nama / Name: _____
1. Hubungan dengan Calon Peserta / Relation with Proposed Participant
_____. 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 manfaat asuransi yang dimilikinya / State the amount of insurance benefit 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 Peserta? / *Do you know clearly and surely that the source of the policy/top up payment comes only from Proposed Policy Owner or Proposed Participant?*
- 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 Peserta? / *Describe the profile of the Beneficial Owner and the relationship with the Proposed Policy Owner and/or Proposed Participant?*
- _____

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

Wajib diisi oleh Agen apabila nasabah (Calon Peserta/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 Participant/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 Peserta/Calon Pemilik Polis, Saya telah (i) menawarkan dan menjelaskan produk asuransi yang sesuai dengan kebutuhan Calon Peserta/Calon Pemilik Polis, (ii) menanyakan seluruh pertanyaan yang tercantum di dalam surat permohonan asuransi kepada Calon Peserta/Calon Pemilik Polis secara lengkap, (iii) memastikan bahwa tanda tangan yang tercantum di dalam surat permohonan asuransi adalah tandatangan Calon Peserta/ 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 Peserta
- * Menimbang berat badan dan tinggi badan Calon Pemilik Polis

Dalam hal Calon Peserta 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 Participant/Proposed Policy Owner, I have (i) offered and explained the insurance product that fits the needs of the Proposed Participant/Proposed Policy Owner, (ii) asks all questions listed in the insurance application form to the Proposed Participant/Proposed Policy Owner in full, (iii) ensuring that the signature listed in the insurance application form is the signature of the Proposed Participant/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 Participant
- * Measure the weight and height of the Proposed Policy Owner

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

Tanggal / Date : _____

Tanda tangan / Signature : _____

Calon Peserta telah diperiksa pada tanggal / *Proposed Participant 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 Peserta 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 Participant 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