

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



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 DAN CALON PESERTA
DETAILS OF APPLICANT OR PROPOSED POLICY OWNER AND PROPOSED PARTICIPANT**

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)

- A15. Penghasilan Bersih per Tahun / *Nett Annual Income* *
- A16. 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 (Jika berbeda dengan Pemohon/Calon Pemilik Polis)
DETAILS OF PROPOSED PARTICIPANT (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 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 <i>Name of Beneficiary *</i>	Jenis Kelamin <i>Gender *</i>	Tanggal Lahir (hh/bb/tttt) <i>Date of Birth (dd/mm/yyyy) *</i>	Hubungan Keluarga <i>Family Relationship *</i>	Persentase <i>Percentage</i>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria / <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Wanita / <i>Female</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ayah Kandung/ <i>Biological Father</i> <input type="checkbox"/> Ibu Kandung/ <i>Biological Mother</i> <input type="checkbox"/> Istri/ <i>Wife</i> <input type="checkbox"/> Suami/ <i>Husband</i> <input type="checkbox"/> Kakak Kandung/ <i>Older Sibling</i> <input type="checkbox"/> Adik Kandung/ <i>Younger Sibling</i> <input type="checkbox"/> Anak Kandung/ <i>Biological Child</i>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria / <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Wanita / <i>Female</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ayah Kandung/ <i>Biological Father</i> <input type="checkbox"/> Ibu Kandung/ <i>Biological Mother</i> <input type="checkbox"/> Istri/ <i>Wife</i> <input type="checkbox"/> Suami/ <i>Husband</i> <input type="checkbox"/> Kakak Kandung/ <i>Older Sibling</i> <input type="checkbox"/> Adik Kandung/ <i>Younger Sibling</i> <input type="checkbox"/> Anak Kandung/ <i>Biological Child</i>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria / <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Wanita / <i>Female</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ayah Kandung/ <i>Biological Father</i> <input type="checkbox"/> Ibu Kandung/ <i>Biological Mother</i> <input type="checkbox"/> Istri/ <i>Wife</i> <input type="checkbox"/> Suami/ <i>Husband</i> <input type="checkbox"/> Kakak Kandung/ <i>Older Sibling</i> <input type="checkbox"/> Adik Kandung/ <i>Younger Sibling</i> <input type="checkbox"/> Anak Kandung/ <i>Biological Child</i>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria / <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Wanita / <i>Female</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ayah Kandung/ <i>Biological Father</i> <input type="checkbox"/> Ibu Kandung/ <i>Biological Mother</i> <input type="checkbox"/> Istri/ <i>Wife</i> <input type="checkbox"/> Suami/ <i>Husband</i> <input type="checkbox"/> Kakak Kandung/ <i>Older Sibling</i> <input type="checkbox"/> Adik Kandung/ <i>Younger Sibling</i> <input type="checkbox"/> Anak Kandung/ <i>Biological Child</i>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria / <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Wanita / <i>Female</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ayah Kandung/ <i>Biological Father</i> <input type="checkbox"/> Ibu Kandung/ <i>Biological Mother</i> <input type="checkbox"/> Istri/ <i>Wife</i> <input type="checkbox"/> Suami/ <i>Husband</i> <input type="checkbox"/> Kakak Kandung/ <i>Older Sibling</i> <input type="checkbox"/> Adik Kandung/ <i>Younger Sibling</i> <input type="checkbox"/> Anak Kandung/ <i>Biological Child</i>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria / <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Wanita / <i>Female</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ayah Kandung/ <i>Biological Father</i> <input type="checkbox"/> Ibu Kandung/ <i>Biological Mother</i> <input type="checkbox"/> Istri/ <i>Wife</i> <input type="checkbox"/> Suami/ <i>Husband</i> <input type="checkbox"/> Kakak Kandung/ <i>Older Sibling</i> <input type="checkbox"/> Adik Kandung/ <i>Younger Sibling</i> <input type="checkbox"/> Anak Kandung/ <i>Biological Child</i>	<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 Asuransi Tambahan / RIDER - Name and Insurance Benefit Amount of Rider *

- WoC
-
-
-
-
-

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 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"/> %

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

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

Calon Peserta Utama / Main Proposed Participant		Calon Peserta Tambahan/Pemohon/Pasangan/Anggota Keluarga / Additional Proposed Participant/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 Manfaat Asuransi / Insurance Benefit 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 be 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 Asuransi/ Insurance Coverage	Nama Perusahaan Asuransi/ Insurance Company Name	Nomor Polis/ Policy Number	Tanggal/ Date	Alasan/ Reason

H. KETERANGAN LAIN-LAIN / MISCELLANEOUS

Calon Peserta Utama / Main Proposed Participant		Calon Peserta Tambahan/Pemohon/Pasangan/Anggota Keluarga / Additional Proposed Participant/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"/>

- 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 *

- 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? *

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

	Calon Peserta Utama / Main Proposed Participant		Calon Peserta Tambahan/Pemohon/Pasangan/Anggota Keluarga / Additional Proposed Participant/Applicant/Spouse/Family Member	
	Tidak/No	Ya/Yes	Tidak/No	Ya/Yes
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? * 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

I. PERTANYAAN KESEHATAN - UNTUK PERMOHONAN ASURANSI JIWA NON-MEDIS / HEALTH QUESTIONNAIRE - FOR NON MEDICAL APPLICATION OF LIFE INSURANCE

I.1. a. Tinggi Badan / Height * <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> cm				Calon Peserta Utama / Main Proposed Participant	Calon Peserta Tambahan/Pemohon/Pasangan/Anggota Keluarga / Additional Proposed Participant/Applicant/Spouse/Family Member		
b. Berat Badan / Weight * <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> kg				Tidak/No	Ya/Yes		

Pertanyaan diatas untuk Calon Peserta Utama / Above questions is for the Main Proposed Participant

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

<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? *
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)? *

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

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
Calon Peserta Utama/ Main Proposed Participant		
Calon Peserta Lainnya/ Others Proposed Participant		
Tanggal Berhenti / Date Ceased		Alasan / Reason
Calon Peserta Utama/ Main Proposed Participant		
Calon Peserta Lainnya/ Others Proposed Participant		

	Calon Peserta Utama / Main Proposed Participant		Calon Peserta Tambahan/Pemohon/ Pasangan/Anggota Keluarga / Additional Proposed Participant/ Applicant/ Spouse/ Family Member	
	Tidak/No	Ya/Yes	Tidak/No	Ya/Yes
1.4. a. Apakah Anda mengonsumsi alkohol secara teratur (harian/mingguan)? / <i>Do You consume alcohol on a daily/weekly basis? *</i> Jika "Ya", sebutkan konsumsi rata-rata dan jenis minuman, misalnya bir, anggur, dll. / <i>If "Yes" please state average consumption and type of drink e.g. wine, beer, etc. *</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Banyaknya (per hari/minggu) / Amount (per day/week) **	
Calon Peserta Utama/ Main Proposed Participant		
Calon Peserta Lainnya/ Others Proposed Participant		

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"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

1.5. 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"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

	Tanggal / Date	Alasan / Reason		Hasil / Result
Calon Peserta Utama/ Main Proposed Participant				
Calon Peserta Lainnya/ Others Proposed Participant				

b. Dalam 3 (tiga) bulan terakhir ini, apakah Anda secara terus-menerus selama lebih dari satu minggu mempunyai salah satu gejala berikut ini: cepat lelah, penurunan berat badan yang tidak lazim, diare atau buang air besar yang tidak normal, pembesaran kelenjar getah bening atau limfe, atau kelainan kulit yang tidak lazim? / <i>In the last 3 (three) months, have You had any of the following symptoms for more than one week continuously: fatigue, unexplained weight loss, diarrhoea, enlarged nodes or unusual skin lesions? *</i> Jika "Ya", sebutkan kapan, alasan dan kondisi sekarang 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 / Date	Alasan / Reason		Kondisi Sekarang / Current Condition
Calon Peserta Utama/ Main Proposed Participant				
Calon Peserta Lainnya/ Others Proposed Participant				

1.7. 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>				
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 Peserta Utama / Main Proposed Participant		Calon Peserta Tambahan/Pemohon/Pasangan/Anggota Keluarga / Additional Proposed Participant/ 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: / *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
Calon Peserta Utama / Main Proposed Participant				
Calon Peserta Lainnya / Others 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:* *

Keadaan / Condition	Tanggal / Date	Klinik/Rumah Sakit / Clinic/Hospital	Pengobatan / Treatment	Hasil / Result
Calon Peserta Utama / Main Proposed Participant				
Calon Peserta Lainnya / Others Proposed Participant				

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? / *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)
Calon Peserta Utama / Main Proposed Participant				
Calon Peserta Lainnya / Others Proposed Participant				

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 Peserta Utama / Main Proposed Participant		Calon Peserta Tambahan/Pemohon/Pasangan/Anggota Keluarga / Additional Proposed Participant/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 / / (Hanya berlaku untuk asuransi jiwa tanpa investasi) / (Applicable to life insurance without investment only)

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 Iuran 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.

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



PT AVRIST ASSURANCE

No. Polis / Policy Number

Agensi / Agency

No. Kode Agen / Agent's Code Number

Nama Agen / Agent's Name

**A. KETERANGAN TENTANG CALON 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