

SURAT PERMOHONAN ASURANSI JIWA (SIO) | (ANAK-ANAK/REMAJA) USIA 0-17 TAHUN
LIFE INSURANCE APPLICATION FORM (SIO) | (JUVENILE) 0-17 YEARS OLD



Advancing Life

PT AVRIST ASSURANCE

No. Polis / Policy Number

No. Kode Agen / Agent's Code Number

Nama Agen / Agent's Name

No. Virtual Account Bank / Bank Virtual Account Number

Bank Permata : 891100

Bank BCA : 01714

Bank Mandiri : 88690

- Mohon diisi secara lengkap dan benar menggunakan huruf cetak atau beri tanda (V) di dalam kotak; coret yang tidak dipilih pada tanda (**)
 Fill in correctly and completely using Capital Letter or tick (V) 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 of heavy machinery

- Supir truk / Truck driver Pekerja pabrik / Factory labourer
- Lepas pantai (tidak bahan peledak) / Offshore (non explosive) Pekerja bangunan / Building worker

Pegawai yang mempunyai tugas khusus / Staff who has on special duties

- Penyelam / Diver Pemadam / Fireman
- Pekerja pengeboran/Drilling employee Polisi, TNI bersenjata / Armed Police, Army

Jelaskan jika lainnya / If others please explain

A.11. Nama Perusahaan / Company's Name

A.12. Jenis Usaha / Nature of Business

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

Kota/City *

Propinsi/Province *

Kode Pos/Postal Code *

No. Telepon/Telephone No. *

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

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

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

A.16. Sumber Dana untuk Pembayaran Premi / Source of Income for Premium Payment *

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

A.17. Tujuan Asuransi / Purpose of Insurance *

A.18. Apakah ada pihak lain (Beneficial Owner) yang memiliki dana atau yang melakukan pembayaran Premi ataupun melakukan transaksi selain Calon Pemilik Polis dan atau Calon Tertanggung? / Is there other party (Beneficial Owner) who have fund or make Premium payment or make transaction other than Proposed Policy Owner and or Proposed Insured?
 Ya (Harap isi formulir Beneficial Owner) / Yes (Please fill Beneficial Owner Form) Tidak / No

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

B. DATA CALON TERTANGGUNG / DETAILS OF PROPOSED INSURED

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

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

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

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

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

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

Kota/City *

Propinsi/Province *

Kode Pos/Postal Code *

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

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

C.1. Nama Bank / Bank Name *

C.2. Nama Cabang / Branch Name *

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

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

C.5. No. Rekening / Account Number *

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

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

Nama Yang Ditunjuk 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 YANG DIMOHONKAN / DETAILS OF INSURANCE APPLIED FOR

MATA UANG POLIS / POLICY CURRENCY *

Rupiah / IDR Dollar / USD

CARA PEMBAYARAN PREMI POLIS / MODE OF PAYMENT *

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

E.I. PERMOHONAN ASURANSI JIWA / LIFE INSURANCE

E.I.1. POLIS DASAR / BASIC POLICY

a. Produk Asuransi / Insurance Product *

b. Jumlah Uang Pertanggungan / Sum Assured Amount *

E.I.2. JUMLAH PREMI YANG DIBAYARKAN (JUMLAH PREMI DASAR) / PREMIUM PAID AMOUNT *

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

E.II.1. POLIS DASAR / BASIC POLICY

a. Produk Asuransi / Insurance Product *

b. Jumlah Uang Pertanggungan / Sum Assured Amount *

c. Jumlah Premi Dasar / Basic Premium Amount *

d. Jumlah Premi Top-Up / Top-Up Premium Amount *

E.II.2. JUMLAH PREMI YANG DIBAYARKAN (JUMLAH PREMI DASAR + TOP-UP) / PREMIUM PAID AMOUNT (AMOUNT OF BASIC PREMIUM + TOP-UP) *

E.II.3. ALOKASI PREMI UNTUK INVESTASI / PREMIUM ALLOCATION FOR INVESTMENT *

JENIS DANA INVESTASI / INVESTMENT FUND TYPE	PREMI / PREMIUM	
	DASAR / BASIC	TOP-UP / TOP-UP
Avrist Link Assured Dollar	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Avrist Link Assured Rupiah	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Avrist Link Advised Rupiah	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Avrist Link Aggressive Rupiah	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Avrist Link Access Cash Rupiah	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Total	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %

F. PERTANYAAN KESEHATAN DAN LAINNYA / HEALTH AND OTHER QUESTIONS

***) Pertanyaan untuk Pemohon harap dijawab jika mengambil produk dengan Faedah Tambahan untuk Pemohon / Questions for the Applicant have to be filled out if taking Payor Benefit
 Harap menggunakan amandemen jika diperlukan / Please use amendment if necessary

F.1.a. Tinggi Badan / Height *

CALON TERTANGGUNG / PROPOSED INSURED cm
 PEMOHON / APPLICANT *** cm

b. Berat Badan / Weight *

CALON TERTANGGUNG / PROPOSED INSURED kg
 PEMOHON / APPLICANT *** kg

c. Apakah ada perubahan berat badan dalam setahun terakhir ini? / Has there been a change in body weight in the past year? *

CALON TERTANGGUNG / PROPOSED INSURED Tidak / No Ya / Yes
 PEMOHON / APPLICANT *** Tidak / No Ya / Yes

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

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

F.2. Apakah Calon Tertanggung atau Pemohon merokok? / Is the Proposed Insured or Applicant smoking? *

CALON TERTANGGUNG / PROPOSED INSURED Tidak / No Ya / Yes
 PEMOHON / APPLICANT *** Tidak / No Ya / Yes
 Jika "Ya", berikan penjelasan / If "Yes", please explain detail

F3. Apakah Calon Tertanggung dan Pemohon pernah melakukan atau mendapat nasihat untuk melakukan pengobatan atau pemeriksaan diagnostik (misalnya Rontgen, USG, pemeriksaan darah atau urin, CT-Scan, biopsi, EKG) dan/atau perawatan di rumah sakit atau menjalani operasi sehubungan dengan penyakit ataupun kecelakaan? Apakah Calon Tertanggung dan Pemohon pernah atau bermaksud menjalankan pemeriksaan, konsultasi, mendapat nasihat medis atau pengobatan sehubungan dengan penyakit hubungan seksual, HIV, AIDS, kompleks gejala atau keadaan lain yang berhubungan dengan AIDS? / *Is the Proposed Insured and Applicant ever done or received advice for treatment or diagnostic tests (such as X-rays, ultrasound, blood or urine examinations, CT scans, biopsy, ECGs) and/or hospitalization or surgery related to illness or accident? Have the Proposed Insured and Applicant ever or intended to carry out examinations, consultations, get medical advice or treatment related to sexual relations, HIV, AIDS, complex symptoms or other conditions related to AIDS? **

CALON TERTANGGUNG / PROPOSED INSURED

Tidak / No Ya / Yes

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

PEMOHON / APPLICANT ***

Tidak / No Ya / Yes

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

F4. Apakah Calon Tertanggung dan Pemohon pernah didiagnosis menderita kanker, tumor atau pertumbuhan abnormal lainnya, stroke, tekanan darah tinggi, kenaikan kolesterol, penyakit/serangan jantung, diabetes/kencing manis, gangguan ginjal, gangguan pernafasan, gangguan saraf (termasuk epilepsi), gangguan hormon dan endokrin, gangguan pencernaan, gangguan hati (termasuk hepatitis) atau gangguan mental? Apakah Calon Tertanggung dan Pemohon mempunyai penyakit kelainan atau cacat fisik atau kondisi lainnya yang mempengaruhi pergerakan, penglihatan atau pendengaran Calon Tertanggung dan Pemohon? / *Is the Proposed Insured and Applicant ever been diagnosed with cancer, tumors or other abnormal growths, strokes, high blood pressure, increased cholesterol, heart disease/attacks, diabetes, kidney disorders, respiratory disorders, nervous disorders (including epilepsy), hormone or endocrine disorder, digestive disorders, liver disorders (including hepatitis) or mental disorders? Is the Proposed Insured and Applicant a disorder or physical disability or other condition that affects Proposed Insured and Applicant movement, vision or hearing? **

CALON TERTANGGUNG / PROPOSED INSURED

Tidak / No Ya / Yes

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

PEMOHON / APPLICANT ***

Tidak / No Ya / Yes

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

F5. Apakah Calon Tertanggung dan Pemohon melakukan atau pernah melakukan kegiatan atau olahraga yang penuh risiko (misalnya mendaki gunung, terjun payung, layang gantung, olahraga bermotor, menyelam, dll) atau melakukan penerbangan selain sebagai penumpang pesawat komersial yang berjadwal? / *Is the Proposed Insured and Applicant perform or have 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? **

CALON TERTANGGUNG / PROPOSED INSURED

Tidak / No Ya / Yes

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

PEMOHON / APPLICANT ***

Tidak / No Ya / Yes

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

F6. Pernahkah permohonan Calon Tertanggung dan Pemohon untuk menutup atau memulihkan asuransi jiwa, penyakit kritis, kecelakaan, kecacatan, kesehatan atau polis asuransi lainnya yang berhubungan dengan kesehatan, pernah ditolak, ditangguhkan atau dibatalkan, ditunda/pending atau pernahkah Polis Calon Tertanggung dan Pemohon diubah persyaratannya, dikenakan tarif tambahan, dibatalkan atau ditolak pembaharuannya atau selama 3 (tiga) tahun terakhir pernah mengajukan klaim pada asuransi manapun? / *Has the application of Proposed Insured and Applicant to cover or reinstatement life insurance, critical illness, accident, disability, health or other insurance policies related to health, have been declined, postponed or have Proposed Insured and Applicant Policy terms changed, rated, canceled or declined for the renewal or for the past 3 (three) years have ever filed a claim on any insurance? **

CALON TERTANGGUNG / PROPOSED INSURED

Tidak / No Ya / Yes

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

PEMOHON / APPLICANT ***

Tidak / No Ya / Yes

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

G. PERMINTAAN KHUSUS / SPECIAL REQUEST

Backdate ke Tanggal / Backdate to

/ /
Tanggal/Date

/
Bulan/Month

/
Tahun/Year

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

Lain-lain / Others

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA / DECLARATION AND AUTHORIZATION

Saya/Kami, selaku Pemohon/Calon Pemilik Polis dan Calon Tertanggung, secara sendiri-sendiri dan bersama-sama menyatakan setuju bahwa:

I/We, as Applicants/Proposed Policy Owner and Proposed Insured, individually and jointly agree that:

- (A) Tidak ada pernyataan, keterangan ataupun persetujuan yang dibuat atau diberikan oleh atau kepada seseorang termasuk agen perusahaan yang dapat mengikat PT Avrist Assurance (selanjutnya disebut "Perusahaan") kecuali bila diberikan secara tertulis dan disahkan oleh Pejabat Perusahaan yang berwenang sebagaimana tercantum dalam Polis.
No statement, information or agreement made or given by or to the person, including agent soliciting or taking this application or by or to any person shall be binding on PT Avrist Assurance (hereinafter called "Company") unless reduced to writing, and the only if presented to and approved by an officer specified in the Policy.
- (B) Semua pernyataan dan jawaban yang diberikan dalam surat permohonan asuransi ini, beserta semua pernyataan dan jawaban yang diberikan dalam pemeriksaan kesehatan, kuesioner atau amandemen, adalah lengkap dan benar, dan Saya/Kami mengerti bahwa Perusahaan akan mempercayainya dan bertindak atas dasar-dasar tersebut, apabila pernyataan atau jawaban yang diberikan tidak benar maka Polis yang dikeluarkan atas dasar tersebut akan menjadi batal.
All the foregoing statements and answers in this application together with those in any required medical examination, questionnaire or amendments, are full, complete and true, and I/We understand that the Company, believing them to be such, will rely and act on them, otherwise any Policy issued hereunder may be void.
- (C) Asuransi yang dimohonkan hanya akan berlaku apabila: (i) Perusahaan telah menyetujui surat permohonan asuransi ini berdasarkan ketentuan Underwriting yang berlaku serta Polis sudah diterbitkan kepada Saya/Kami, (ii) premi pertama telah dilunasi, dan (iii) tidak ada perubahan atas kondisi kesehatan Saya/Kami dari sejak tanggal pengisian surat permohonan asuransi ini sampai dengan asuransi ini mulai berlaku. Dalam hal premi pertama telah dilunasi namun surat permohonan asuransi ini masih dalam proses Underwriting Perusahaan, maka perlindungan asuransi yang berlaku adalah sebagaimana tertulis dalam syarat dan ketentuan khusus untuk surat permohonan baru asuransi jiwa yang terdapat pada website Perusahaan www.avrist.com.
The insurance applied will only valid if: (i) the Company has approved this insurance application form based on the applicable Underwriting provisions and the Policy has been issued to Me/Us, (ii) the first premium has been paid, and (iii) there is no change in My/Our health condition from the date of filling out this insurance application form until this insurance takes effect. In case the first premium has been paid but the insurance application form is still under the Company's Underwriting process, the applicable insurance protection is as stated in the specific terms and conditions for the new life insurance application form found on the Company's website www.avrist.com.
- (D) Saya/Kami mengerti bahwa bonus, dividen atau segala manfaat lain, yang tidak dijamin yang digambarkan dalam ilustrasi yang diperlihatkan kepada Saya/Kami oleh Agen dan atau Perusahaan sebelum atau pada saat surat permohonan asuransi jiwa atau ilustrasi ditandatangani dapat berubah (meningkat atau menurun) dan oleh karenanya tidak dijamin oleh Agen dan atau Perusahaan.
I/We understand that bonus, dividend or all other benefits, that is not guaranteed as stated in the illustration shown to Me/Us by the Agent and/or the Company before or at the time the insurance application or illustration is signed may change (increased or decreased) and hence is not guaranteed by the Agent and/or Company.
- (E) Saya/Kami menyetujui Perusahaan untuk menolak transaksi, membatalkan transaksi, dan atau membatalkan Polis apabila Saya/Kami (i) menyampaikan informasi/dokumen yang tidak benar (ii) tidak dapat menyerahkan dokumen/informasi sesuai dengan peraturan dari OJK dan atau (iii) memiliki sumber dana yang diketahui atau patut diduga berasal dari hasil tindak pidana.
I/We approve the Company to reject the transaction, cancel the transaction, and or cancel the Policy if I/We (i) submit incorrect information/documents (ii) cannot submit documents/information in accordance with the regulations of the OJK and or (iii) have sources of funds that are known or reasonably suspected to originate from the proceeds of crime.
- (F) Uang Pertanggungan merupakan manfaat yang timbul karena adanya perjanjian antara Pemilik Polis dan Perusahaan selaku penanggung dan akan dibayarkan sesuai syarat dan ketentuan dalam Polis. Dengan dibayarkannya Uang Pertanggungan tersebut, Perusahaan akan dibebaskan dari segala gugatan/tuntutan yang timbul dari pihak manapun karena pembayaran Uang Pertanggungan kepada Yang Ditunjuk.
Sum Assured is a benefit arising from an agreement between the Policy Owner and the Company as the insurer and will be paid according to the terms and conditions in the Policy. With the payment of the Sum Assured, the Company will be released from all claims/claims arising from any party due to the payment of the Sum Assured to the Beneficiary.
- (G) Data Saya/Kami yang tercantum dalam surat permohonan asuransi ini merupakan data yang terkini dan dapat digunakan untuk keperluan pengkinian atas data sebelumnya yang tercatat di perusahaan.
My/Our data stipulated in this insurance application form is the most updated data and can be used for updating the previous data recorded in the company.
- (H) Saya/Kami menyatakan bahwa Polis/surat-menyurat akan dianggap diterima dengan baik (i) pada hari yang sama, apabila diserahkan langsung (*hand delivery*) oleh petugas/agen Perusahaan, yang dibuktikan dengan tanda tangan penerimaan pada tanda terima, (ii) pada hari kerja ke-10 (sepuluh), apabila dikirimkan melalui ekspedisi (kurir) atau pos tercatat, yang dibuktikan dengan resi pengiriman, atau (iii) pada saat email dikirimkan oleh Perusahaan, apabila dikirimkan melalui email, yang dibuktikan dengan tanda terima pengiriman email berhasil dari sistem.
I/We declare that the Policy/correspondence will be deemed well received (i) on the same day, if hand delivery by the officer/agent of the Company, as evidenced by the receipt signature on the receipt, (ii) at 10th (tenth) working day, if sent via expedition (courier) or registered post, as evidenced by a delivery receipt, or (iii) when the email is sent by the Company, if sent by email, as evidenced by a successful email delivery receipt from the system.

Catatan: / Notes:

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

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

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

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

PERINGATAN / WARNING:

Jika fakta yang bersifat material tidak dinyatakan dalam surat permohonan asuransi ini, maka Polis yang dikeluarkan akan dianggap tidak berlaku. Jika Anda ragu-ragu apakah suatu fakta material atau tidak, Anda dianjurkan untuk menyatakannya. Hal ini juga meliputi segala informasi yang mungkin telah Anda berikan kepada agen anda tapi tidak dinyatakan dalam surat permohonan asuransi ini. Mohon diperiksa kembali apakah Anda sudah benar-benar puas dengan informasi yang Anda nyatakan dalam surat permohonan asuransi ini. Jangan menandatangani surat permohonan asuransi yang masih kosong/belum diisi.
If material fact is not disclosed in this application, any Policy issued may not be valid. If You are in doubt as to whether a fact is material, You are advised to disclose it. This include any information that You may have provided to the Agent but was not included in the application. Please check to ensure You are fully satisfied with the information declared in this application. Please do not sign any blank application form.

Apabila Agen membantu dalam pengisian surat permohonan asuransi ini, pastikan Anda telah memeriksa dan menyetujui isi surat permohonan asuransi ini sebelum menandatangani. Agen dilarang menandatangani surat permohonan asuransi atas nama Calon Tertanggung atau Calon Pemilik Polis.
If Agent assist in filling the application, please ensure You have reviewed and agreed with the contents before You sign the application. Agent is not allowed to sign the application on behalf Proposed Insured or Proposed Policy Owner.

Ditandatangani di / Declared in *
Tempat / 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
Name & Signature of Agent

* Mengetahui bahwa Pemohon/Calon Pemilik Polis telah menandatangani surat permohonan asuransi ini.
* Knowing that the Applicant/Proposed Policy Owner have signed this insurance application form.

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



PT AVRIST ASSURANCE

No. Polis / Policy Number

Agensi / Agency

No. Kode Agen / Agent's Code Number

Nama Agen / Agent's Name

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

Nama / Name: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Sebutkan sumber penghasilannya / State the source of income

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nama / Name: _____

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

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

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

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

1. Nama suami / Husband's name

2. Pekerjaan suami / Husband's occupation

3. Nama perusahaan suami / Husband's company name

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

5. Alamat perusahaan suami / Husband's company address

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERNYATAAN AGEN / AGENT STATEMENT:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tanggal / Date : _____

Tanda tangan / Signature : _____

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

Oleh dokter klinik / *By physician:* _____

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

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

Tanda tangan / Signature

Nama / Name