

SURAT PERMOHONAN ASURANSI JIWA (SIO) | (DEWASA) USIA 18 TAHUN KE ATAS
LIFE INSURANCE APPLICATION FORM | (ADULT) 18 YEARS OLD AND ABOVE



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 (✓) di dalam kotak; coret yang tidak dipilih pada tanda (**)
 Fill in correctly and completely using Capital Letter or tick (✓) in the boxes, and delete at (**) as appropriate.
- Pertanyaan bertanda (*) wajib diisi / (*) sign is mandatory questions.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kota/City *

Propinsi/Province *

Kode Pos/Postal Code *

No. Telepon/Telephone No. *

Handphone/Handphone No. *

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

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

Kota/City

Propinsi/Province

Kode Pos/Postal Code

No. Telepon/Telephone No.

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

Pemilik, Profesional, Pegawai administrasi di dalam ruangan / Owner, Professional, Administration staff only

Dokter konsultasi / Consult doctor only Ibu rumah tangga / Housewife

Resepsionis / Receptionist Manager Kantor / Office Manager

Pegawai bekerja di dalam ruangan non administrasi / Indoor staff non Administration

Dokter gigi / Dentist Guru / Teacher

Marketing (menggunakan mobil) / Marketing (using car) Kasir / Cashier

Pegawai yang menggunakan alat atau mesin ringan / Staff who involving the use of tools or light machinery

Kurir / Messenger Pelayan / Maid

Supir (mobil 4 ban) / Driver (4 wheels car) Petani / Farmer

Pegawai yang menggunakan alat atau mesin berat / Staff who involving the use of tools or heavy machinery

Supir truk / Truck driver Pekerja pabrik / Factory labourer

Lepas pantai (tidak bahan peledak) / Offshore (non explosive) Pekerja bangunan / Building worker

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

Penyelam / Diver Pemadam / Fireman

Pekerja pengeboran / Drilling employee Polisi, TNI bersenjata / Armed Police, Army

Jelaskan jika lainnya / If others please explain

A.11. Nama Perusahaan / Company's Name

A.12. Jenis Usaha / Nature of Business

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

Kota/City *

Propinsi/Province *

Kode Pos/Postal Code *

No. Telepon/Telephone No. *

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

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

- A15. Penghasilan Bersih per Tahun / *Nett Annual Income* *
- A16. 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)*
- A17. Tujuan Asuransi / *Purpose of Insurance* *
- A18. 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 party (Beneficial Owner) who have fund or make Premium payment or make transaction other than Proposed Policy Owner and or Proposed Insured ?*
 Ya (Harap isi formulir Beneficial Owner) / *Yes (Please fill Beneficial Owner Form)* Tidak / *No*

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

B. DATA CALON TERTANGGUNG (Jika berbeda dengan Pemohon/Calon Pemilik Polis)
DETAILS OF PROPOSED INSURED (If different with Applicant/Proposed Policy Owner)

- B.1. Nama Lengkap (Sesuai KTP/Paspor **) / *Full Name (Show on KTP/Passport **) **
- B.2. No. Kartu Pengenal (KTP/Paspor **) / *IC number (KTP/Passport **) **
- B.3. Tanggal Lahir / *Date of Birth* * / /
 Tanggal/Date / Bulan/Month / Tahun/Year
- B.4. Jenis Kelamin / *Gender* * Pria / *Male* Wanita / *Female*
- B.5. Status / *Marital Status* * Kawin / *Married* Belum Kawin / *Single*
 Cerai Hidup / *Divorced* Cerai Mati / *Widowed*
- B.6. Kewarganegaraan (Hanya diisi oleh WNA) / *Nationality (For foreigner only)*
- B.7. NPWP Pribadi (Jika ada) / *Tax Payer ID Number (If any)*
- B.8. Alamat Tempat Tinggal Sekarang (jika berbeda dengan A.8) / *Current Residential Address (if different with A.8) **

 Kota/City *
 Propinsi/Province *
 Kode Pos/Postal Code *
 No. Telepon/Telephone No. *
 Handphone/Handphone No. *
 Alamat E-mail pribadi / *Personal E-mail address* *
 B.9. Alamat Tempat Tinggal Sesuai KTP/Paspor ** / *Residential Address as shown on KTP/Passport ***

 Kota/City
 Propinsi/Province
 Kode Pos/Postal Code
 No. Telepon/Telephone No.

- B.10. Pekerjaan (Jika pensiunan, jelaskan pekerjaan sebelum pensiun) / *Occupational (If You are already retired, please fill for Your last occupation) **
 Pemilik, Profesional, Pegawai administrasi di dalam ruangan / *Owner, Professional, Administration staff only*
 Dokter konsul / *Consult doctor only* Ibu rumah tangga / *Housewife*
 Resepsionis / *Receptionist* Manager Kantor / *Office Manager*
 Pegawai bekerja di dalam ruangan non administrasi / *Indoor staff non Administration*
 Dokter gigi / *Dentist* Guru / *Teacher*
 Marketing (menggunakan mobil) / *Marketing (using car)* Kasir / *Cashier*
 Pegawai yang menggunakan alat atau mesin ringan / *Staff who involving the use of tools or light machinery*
 Kurir / *Messenger* Pelayan / *Maid*
 Supir (mobil 4 ban) / *Driver (4 wheels car)* Petani / *Farmer*
 Pegawai yang menggunakan alat atau mesin berat / *Staff who involving the use of tools or heavy machinery*
 Supir truk / *Truck driver* Pekerja pabrik / *Factory labourer*
 Lepas pantai (tidak bahan peledak) / *Offshore (non explosive)* Pekerja bangunan / *Building worker*
 Pegawai yang mempunyai tugas khusus / *Staff who has on special duties*
 Penyelam / *Diver* Pemadam / *Fireman*
 Pekerja pengeboran / *Drilling employee* Polisi, TNI bersenjata / *Armed Police, Army*
 Jelaskan jika lainnya / *If others please explain*
- B.11. Nama Perusahaan / *Company's Name*
- B.12. Jenis Usaha / *Nature of Business*
- B.13. Alamat Perusahaan / *Company's Address*

 Kota/City
 Propinsi/Province
 Kode Pos/Postal Code
 No. Telepon/Telephone No.
 Alamat E-mail kantor / *Office E-mail address*

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

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

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

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

C.1. Nama Bank / Bank Name *

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

C.2. Nama Cabang / Branch Name *

C.5. No. Rekening / Account Number *

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

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

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

Nama Yang Ditunjuk 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"/> Istri/Wife <input type="checkbox"/> Suami/Husband <input type="checkbox"/> Kakak Kandung/Older Sibling <input type="checkbox"/> Adik Kandung/Younger Sibling <input type="checkbox"/> Anak Kandung/Biological Child	<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"/> Istri/Wife <input type="checkbox"/> Suami/Husband <input type="checkbox"/> Kakak Kandung/Older Sibling <input type="checkbox"/> Adik Kandung/Younger Sibling <input type="checkbox"/> Anak Kandung/Biological Child	<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"/> Istri/Wife <input type="checkbox"/> Suami/Husband <input type="checkbox"/> Kakak Kandung/Older Sibling <input type="checkbox"/> Adik Kandung/Younger Sibling <input type="checkbox"/> Anak Kandung/Biological Child	<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"/> Istri/Wife <input type="checkbox"/> Suami/Husband <input type="checkbox"/> Kakak Kandung/Older Sibling <input type="checkbox"/> Adik Kandung/Younger Sibling <input type="checkbox"/> Anak Kandung/Biological Child	<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"/> Istri/Wife <input type="checkbox"/> Suami/Husband <input type="checkbox"/> Kakak Kandung/Older Sibling <input type="checkbox"/> Adik Kandung/Younger Sibling <input type="checkbox"/> Anak Kandung/Biological Child	<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"/> Istri/Wife <input type="checkbox"/> Suami/Husband <input type="checkbox"/> Kakak Kandung/Older Sibling <input type="checkbox"/> Adik Kandung/Younger Sibling <input type="checkbox"/> Anak Kandung/Biological Child	<input type="text"/>

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

MATA UANG POLIS / POLICY CURRENCY * Rupiah / IDR Dollar / USD

CARA PEMBAYARAN PREMI POLIS / MODE OF PAYMENT * Bulanan / Monthly Tiga Bulanan / Quarterly Tengah Tahunan / Semi Annually Tahunan / Annually

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 / 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 dan Pemohon tidak sama dengan Calon Tertanggung / Questions for the Applicant have to be filled out if taking Payor Benefit and the Applicant is different with the Proposed Insured Harap menggunakan amandemen jika diperlukan / Please use amendment if necessary

F.1.a. Tinggi Badan / Height *

CALON TERTANGGUNG / PROPOSED INSURED

PEMOHON / APPLICANT ***

b. Berat Badan / Weight *

CALON TERTANGGUNG / PROPOSED INSURED

PEMOHON / APPLICANT ***

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

F.2. Apakah Anda merokok? / Do You smoke? * Tidak / No Ya / Yes

CALON TERTANGGUNG / PROPOSED INSURED Tidak / No Ya / Yes

PEMOHON / APPLICANT *** Tidak / No Ya / Yes

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

F.3. Apakah Anda 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 Anda 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? / *Have You 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 You 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

F.4. Apakah Anda 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 Anda mempunyai penyakit kelainan atau cacat fisik atau kondisi lainnya yang mempengaruhi pergerakan, penglihatan atau pendengaran Anda? / *Have You ever been diagnosed with cancer, tumours 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? Do You have a disorder or physical disability or other condition that affects your 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

F.5. Apakah Anda 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 terjadwal? / *Do You perform or have You engaged in any hazardous activities or sports (including mountaineering, parachuting, hang gliding, motor sport, scuba diving, etc) or flying other than as a fare passenger on a regular scheduled airline? **

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

F.6. Pernahkah permohonan Anda 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 Anda diubah persyaratannya, dikenakan tarif tambahan, dibatalkan atau ditolak pembaharuannya atau selama 3 (tiga) tahun terakhir pernah mengajukan klaim pada asuransi manapun? / *Have Your application to cover or reinstatement life insurance, critical illness, accident, disability, health or other insurance policies related to health, have been declined, postponed or have Your Policy terms changed, rated, cancelled 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*

SPECIMEN

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