

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



Syariah Unit

PT AVRIST ASSURANCE
 BISMILLAAHIRRAHMAANIRRAHIIM

No. Polis / Policy Number

No. Kode Agen / Agent's Code Number

Nama Agen / Agent's Name

No. Virtual Account Bank / Bank Virtual Account Number

Bank Permata : 891100

Bank BCA : 01714

Bank Mandiri : 88690

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

A. DATA PEMOHON ATAU CALON PEMILIK POLIS
DETAILS OF APPLICANT OR PROPOSED POLICY OWNER

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

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

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

Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

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

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

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

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

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

Kota/City *

Propinsi/Province *

Kode Pos/Postal Code *

No. Telepon/ Telephone No. *

Handphone/ Handphone No. *

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

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

Kota/City

Propinsi/Province

Kode Pos/Postal Code

No. Telepon/ Telephone No.

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

- Pemilik, Profesional, Pegawai administrasi di dalam ruangan / Owner, Professional, Administration staff only
- Dokter konsultasi / Consult doctor only Ibu rumah tangga / Housewife
- Resepsionis / Receptionist Manager Kantor / Office Manager

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

- Dokter gigi / Dentist Guru / Teacher
- Marketing (menggunakan mobil) / Marketing (using car) Kasir / Cashier

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

- Kurir / Messenger Pelayan / Maid
- Supir (mobil 4 ban) / Driver (4 wheels car) Petani / Farmer

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

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

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

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

Jelaskan jika lainnya / If others please explain

A.11. Nama Perusahaan / Company's Name

A.12. Jenis Usaha / Nature of Business

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

Kota/City *

Propinsi/Province *

Kode Pos/Postal Code *

No. Telepon/ Telephone No. *

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

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

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

A.16. Sumber Dana untuk Pembayaran Kontribusi / Source of Income for Contribution Payment *

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

A.17. Tujuan Asuransi / Purpose of Insurance *

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

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

B. DATA CALON PESERTA / DETAILS OF PROPOSED PARTICIPANT

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

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

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

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

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

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

Kota/City *

Propinsi/Province *

Kode Pos/Postal Code *

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

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

C.1. Nama Bank / Bank Name *

C.2. Nama Cabang / Branch Name *

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

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

C.5. No. Rekening / Account Number *

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

Yang Ditunjuk harus memiliki hubungan kepentingan dengan Calon Peserta, seperti 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 Participant, 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 SYARIAH YANG DIMOHONKAN / DETAILS OF SHARIA INSURANCE APPLIED FOR

MATA UANG POLIS / POLICY CURRENCY *

Rupiah / IDR Dollar / USD

CARA PEMBAYARAN KONTRIBUSI POLIS / MODE OF PAYMENT *

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

E.I. PERMOHONAN ASURANSI JIWA SYARIAH / SHARIA LIFE INSURANCE

E.I.1. POLIS DASAR / BASIC POLICY

a. Produk Asuransi / Insurance Product *

b. Jumlah Manfaat Asuransi / Insurance Benefit Amount *

E.I.2. JUMLAH KONTRIBUSI YANG DIBAYARKAN / CONTRIBUTION PAID AMOUNT *

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

E.II.1. POLIS DASAR / BASIC POLICY

a. Produk Asuransi / Insurance Product *

b. Jumlah Manfaat Asuransi / Insurance Benefit Amount *

c. Jumlah Kontribusi Dasar / Basic Contribution Amount *

d. Jumlah Kontribusi Top-Up / Top-Up Contribution Amount *

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

E.II.3. ALOKASI KONTRIBUSI UNTUK INVESTASI / CONTRIBUTION ALLOCATION FOR INVESTMENT *

JENIS DANA INVESTASI / INVESTMENT FUND TYPE	KONTRIBUSI / CONTRIBUTION	
	DASAR / BASIC	TOP-UP/TOP-UP
Avrist Asya Balanced Rupiah Fund	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Avrist Asya Equity Rupiah Fund	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Avrist Asya Cash Rupiah Fund	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
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 Manfaat 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 PESERTA / PROPOSED PARTICIPANT

 cm

PEMOHON / APPLICANT ***

 cm

b. Berat Badan / Weight *

CALON PESERTA / PROPOSED PARTICIPANT

 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 PESERTA / PROPOSED PARTICIPANT

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.2. Apakah Calon Peserta atau Pemohon merokok? / Is the Proposed Participant or Applicant smoking? *

CALON PESERTA / PROPOSED PARTICIPANT

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.3. Apakah Calon Peserta atau 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 Peserta atau 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 Participant 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 Participant 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 PESERTA / PROPOSED PARTICIPANT

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 Calon Peserta atau 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 Peserta atau Pemohon mempunyai penyakit kelainan atau cacat fisik atau kondisi lainnya yang mempengaruhi pergerakan, penglihatan atau pendengaran Calon Peserta atau Pemohon? / *Is the Proposed Participant and Applicant 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? Is the Proposed Participant and Applicant have a disorder or physical disability or other condition that affects your movement, vision or hearing? **

CALON PESERTA / PROPOSED PARTICIPANT

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 Calon Peserta atau 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 terjadwal? / *Is the Proposed Participant 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 PESERTA / PROPOSED PARTICIPANT

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 Calon Peserta atau 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/pendang atau pernahkah Polis Calon Peserta atau Pemohon diubah persyaratannya, dikenakan tarif tambahan, dibatalkan atau ditolak pembaharuannya atau selama 3 (tiga) tahun terakhir pernah mengajukan klaim pada asuransi manapun? / *Has the Proposed Participant and Applicant 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 Proposed Participant 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 PESERTA / PROPOSED PARTICIPANT

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

/ / (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 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