

## FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN POLIS NON FINANSIAL

- > Mohon diisi jujur, lengkap dan benar oleh pemegang polis dengan menggunakan ballpoint serta huruf cetak dan memberi tanda ( √ ) pada kotak yang sesuai.
- > Tidak diperkenankan menggunakan cairan penghapus / pena penghapus. Apabila diperlukan koreksi terhadap pernyataan yang diisi mohon dicoret dan ditandatangani di setiap bentuk koreksi tersebut.
- > Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang dibutuhkan telah dipenuhi oleh pemegang polis dan/atau tertanggung sebelum menandatangani.
- > Wajib melampirkan foto copy identitas diri pemegang polis yang masih berlaku (KTP/SIM/Paspor/KITAS).
- > Pastikan Anda melengkapi seluruh persyaratan tambahan yang disyaratkan.

Nomor Polis :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Pemegang Polis : \_\_\_\_\_

Nama Tertanggung : \_\_\_\_\_

Alamat Sesuai Identitas : \_\_\_\_\_

Kota/Provinsi : \_\_\_\_\_ Kode Pos : \_\_\_\_\_

Alamat Korespondensi :  Rumah  Kantor  Tempat Tinggal

Kota/Provinsi : \_\_\_\_\_ Kode Pos : \_\_\_\_\_

Telepon Rumah : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telepon Kantor : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ext : \_\_\_\_\_

Handphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

\*Setuju data alamat, nomor telepon dan email korespondensi diubah sesuai dengan keterangan dalam formulir ini  Ya  Tidak

Koreksi Nama

	Perubahan terhadap :	Data Sebelum Perubahan	Data Setelah Perubahan
	Pemegang Polis		
	Tertanggung		

Perubahan Penerima Manfaat

No	Nama Penerima Manfaat	Hubungan dengan Tertanggung	Tanggal Lahir (Tgl/Bln/Thn)	%	Jenis Kelamin (L/P)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Keterangan tambahan :

- Mohon lengkapi seluruh nama ahli waris pada kolom di atas karena nama-nama tersebut akan menggantikan seluruh komposisi nama penerima manfaat yang telah ada sebelumnya

Dokumen tambahan yang wajib dilampirkan :

- Akte Lahir/Kartu Keluarga/Akte Nikah yang menunjukkan adanya hubungan antara penerima manfaat dan tertanggung



## KETERANGAN KESEHATAN PEMEGANG POLIS DAN TERTANGGUNG

Hanya diisi apabila perubahan pemegang polis dilakukan pada polis yang memiliki Rider WP-DTH, Rider WP-TDB dan/atau Rider Kesehatan

No	Pertanyaan	Pemegang Polis	Tertanggung
1	Apakah Anda mempunyai Polis dan atau sedang mengajukan permintaan Asuransi Jiwa, Asuransi Kecelakaan, Asuransi Kesehatan pada PT ASTRA AVIVA LIFE Indonesia atau perusahaan asuransi lain? Jika "Ya", sebutkan nama perusahaan asuransi, jenis Pertanggungan dan Uang Pertanggungan : _____	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
2	Apakah Polis atau permintaan asuransi sebagaimana dimaksud dalam butir 1 diatas pernah ditolak, ditunda, diterima dengan penambahan Premi, atau diberlakukan suatu pengecualian apapun? Jika "Ya", sebutkan alasannya : _____	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
3	Apakah calon Tertanggung perokok atau mengkonsumsi jenis tembakau lainnya? Jika "Ya", berapa batang per hari ? _____ batang/hari.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
4	Apakah Anda pernah atau sedang menderita salah satu penyakit atau mengalami gejala/kelainan : pembuluh darah/jantung, tekanan darah tinggi; TBC, asma, bronchitis; sakit maag, hepatitis, haemorrhoid/wasir; ginjal, saluran kencing, kandung kemih atau prostat, penyakit kelamin; stroke, kelumpuhan, epilepsy, penyakit susunan syaraf/otak; gangguan jiwa/depresi; gangguan penglihatan/pendengaran; malaria, typhus; rematik, gangguan otot/persendian/punggung; diabetes, hyperkolesterol, gout; leukemia, anemia; tumor, kanker; HIV/AIDS atau penyakit/kelainan lain yang tidak disebutkan di sini dalam 5 tahun terakhir ?	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
5	Apakah Anda pernah atau sedang menjalani pemeriksaan kesehatan atau dalam perawatan dokter 5 atau rawat inap di RS sehubungan dengan penyakit tersebut di atas dalam waktu 5 tahun terakhir? Jika "Ya", sebutkan nama dokter/dokter keluarga yang mengetahui riwayat kesehatan Anda atau dokter yang Anda kunjungi terakhir kali ? _____	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
6	<b>Khusus untuk calon Tertanggung anak:</b> a. Proses kelahiran: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Kelainan/Cidera b. Pada saat lahir Tinggi Badan _____ cm    Berat Badan: _____ kg		
7	Apakah Anda mempunyai gejala-gejala penyakit atau keluhan kesehatan lainnya yang belum pernah dikonsultasikan ke dokter/pemeriksa kesehatan lainnya atau belum pernah diobati (contoh: sering demam dalam waktu yang lama, kehilangan berat badan yang tidak diketahui sebab-sebabnya)? Jika "Ya", sebutkan dan jelaskan : _____	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
8	Tuliskan nama dan alamat lengkap dokter/klinik/Rumah Sakit yang pernah atau biasa Anda kunjungi : _____ _____		
9	Kecuali diberikan dengan resep dokter, apakah Anda pernah menggunakan kokain, marijuana, LSD (Lysergic Acid Diethylamide), amfetamin, heroin atau narkotik lainnya?	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
10	<b>Khusus untuk calon Tertanggung wanita:</b> a. Apakah Anda sekarang ini sedang hamil? Jika "Ya", usia kandungan _____ minggu (harap lampirkan copy kartu/buku kontrol kehamilan dengan informasi yang lengkap) b. Apakah Anda pernah mengalami kesulitan / komplikasi pada saat melahirkan? c. Nama dan alamat lengkap dokter yang memeriksa kandungan: _____		

11	Apakah Anda memiliki orang tua/saudara yang menderita penyakit diabetes, tekanan darah tinggi, sakit jantung, stroke, ginjal, hepatitis, kelainan mental atau penyakit turunan lainnya? Jika ada sebutkan status hubungan, Jenis penyakit dan usia saat sakit : _____	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
12	Apakah Anda sewaktu-waktu melakukan atau memiliki pekerjaan/hobby dalam bidang: penerbangan, microlighting, balap motor/mobil, paralayang, panjat tebing/mendaki gunung, terjun payung, menyelam, minyak dan gas bumi, caving & potholing, selancar, arum jeram, lainnya ?	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
13	Apakah Anda sering melakukan penerbangan yang tidak berjadwal (bukan menggunakan maspakai penerbangan umum berjadwal) ?	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
14	Apakah ada perubahan berat badan dan tinggi badan dalam 2 tahun terakhir ini ? Pemegang Polis :      Berat Badan _____ Kg      Berat Badan _____ Kg Tertanggung :      Berat Badan _____ Kg      Berat Badan _____ Kg	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
15	Apakah ada perubahan pekerjaan dalam 1 tahun terakhir? Jika ada,sebutkan jenis pekerjaan saat ini : _____	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>

Apabila pada pertanyaan diatas ada jawaban "Ya" mohon tuliskan nomor dan jelaskan secara lengkap pada kolom di bawah

No	Keterangan Tambahan

Dengan Ini saya menyatakan seluruh pernyataan,keterangan dan jawaban yang saya berikan telah sesuai dengan apa yang saya ketahui secara jujur, lengkap dan benar. Jika Pernyataan dari Perusahaan tersebut diatas ternyata terbukti di kemudian hari tidak benar dan/atau menyesatkan dan menimbulkan kerugian terhadap PT Astra Aviva Life, maka Perusahaan wajib mengganti segala kerugian yang diderita PT Astra Aviva Life, dan membebaskan PT Astra Aviva Life, dari segala tuntutan/gugatan hukum yang mungkin timbul sebagai akibat dari pernyataan yang tidak benar dan/atau menyesatkan tersebut.

Dengan Ini saya menyatakan seluruh pernyataan,keterangan dan jawaban yang saya berikan telah sesuai dengan apa yang saya ketahui secara lengkap  
Ditandatangani di \_\_\_\_\_ Pada tanggal \_\_\_\_\_ (tanggal/bulan/tahun)

Tanda tangan dan Nama Pemegang Polis

Tanda tangan dan NamaTertanggung

Tanda Tangan dan Nama Tenaga Pemasaran

**Pengesahan Underwriting**  
 Tempat & Tanggal : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Catatan : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Diterima     Diterima dengan syarat     Ditolak  
 Nama dan Tanda Tangan Underwriter  
 \_\_\_\_\_