

## 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/Paspor/KITAS).
- > Pastikan Anda melengkapi seluruh persyaratan tambahan yang disyaratkan.
- > Formulir Permohonan Perubahan Polis Non Finansial hanya berlaku untuk satu nomor polis.
- > Permohonan Perubahan Polis Non Finansial akan diproses apabila seluruh data serta syarat kelengkapan dokumen telah dipenuhi, apabila diperlukan maka PT ASTRA AVIVA LIFE berhak untuk meminta dokumen tambahan termasuk melakukan verifikasi maupun konfirmasi lanjutan terhadap pemegang polis.
- > Tenggat waktu penerimaan dokumen oleh Kantor Pusat PT ASTRA AVIVA LIFE adalah pukul 12.00 WIB. Apabila dokumen diterima oleh Kantor Pusat PT ASTRA AVIVA LIFE setelah pukul 12.00 WIB maka dokumen akan dianggap sebagai pengajuan hari kerja berikutnya.

Nomor Polis

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

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

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

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

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

Kewarganegaraan Pemegang Polis : \_\_\_\_\_

**Perubahan Alamat Korespondensi**

Alamat Korespondensi :  Rumah  Kantor

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

**Perubahan Nomor Telepon dan Email**

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

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

Telepon Seluler : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

**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)	Nomor Identitas
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

**Perubahan Pemegang Polis**

**Data Pemegang Polis yang Baru**

Nama Lengkap : \_\_\_\_\_

Alamat Korespondensi : \_\_\_\_\_

Alasan Perubahan : \_\_\_\_\_

Pemegang Kartu US Green Card/ izin tinggal tetap di Amerika Serikat :  Ya  Tidak

Nomor KTP/Paspor/KITAS : \_\_\_\_\_ Status Kewarganegaraan : \_\_\_\_\_

Nomor NPWP : \_\_\_\_\_

Negara, Kota dan Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ tanggal / bulan / tahun

Jenis Kelamin : L / P Agama : \_\_\_\_\_ Status Perkawinan : \_\_\_\_\_

Pekerjaan : \_\_\_\_\_

Nama Perusahaan : \_\_\_\_\_ Bidang Usaha : \_\_\_\_\_

Alamat Perusahaan : \_\_\_\_\_

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

Jabatan : \_\_\_\_\_

Uraian Tugas : \_\_\_\_\_

Total Pendapatan Bersih perTahun : \_\_\_\_\_ Sumber Dana : \_\_\_\_\_

Hubungan dengan Tertanggung : \_\_\_\_\_

Alasan Perubahan : \_\_\_\_\_

Tanda Tangan Pemegang Polis Baru :

(Mohon tanda tangan dibuat 2 x pada kotak di samping)

Dokumen tambahan yang wajib dilampirkan :

- Keterangan Kesehatan Pemegang Polis & Tertanggung (terlampir di halaman belakang) apabila perubahan dilakukan oleh pemegang polis yang memiliki asuransi tambahan pembebasan premi & kesehatan
- Wajib melampirkan salinan akte kematian apabila alasan perubahan pemegang polis adalah karena pemegang polis lama meninggal dunia.

**Pernyataan dan Persetujuan Pemegang Polis**

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa :

1. Semua jawaban-jawaban dari seluruh pertanyaan yang berhubungan dengan Tertanggung (dan yang berhubungan dengan Pemegang Polis termasuk jika Polis mempunyai manfaat tambahan "Pembebasan Premi") adalah lengkap dan benar. PT ASTRA AVIVA LIFE berhak untuk melakukan verifikasi transaksi termasuk berupa pengajuan permintaan informasi tambahan atau konfirmasi kepada Pemegang Polis jika diperlukan.
2. Semua jawaban-jawaban dari seluruh pertanyaan tersebut merupakan dasar dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis dan apabila ternyata jawaban / keterangan yang Saya berikan tidak benar maka PT ASTRA AVIVA LIFE berhak menolak pengajuan perubahan ataupun membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan Polis.
3. Memberikan kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, Puskesmas, perusahaan asuransi atau organisasi lain, lembaga/badan hukum atau perorangan yang memiliki catatan atau informasi mengenai diri saya atau kesehatan Saya untuk menyerahkan kepada PT ASTRA AVIVA LIFE setiap dan seluruh informasi mengenai diri Saya yang dibutuhkan sehubungan dengan kesehatan Saya dan sejarah medis dan setiap pengobatan/perawatan di rumah sakit, nasihat, diagnosa, perawatan atau penyakit atau gejala penyakit, Saya juga memberikan persetujuan untuk diadakan investigasi pribadi semasa saya hidup dan sesudah Saya meninggal dunia. Salinan(fotocopy) dari surat kuasa ini akan sama sah dan kuatnya dengan yang asli.
4. Saya/Kami dengan ini memberi izin kepada PT ASTRA AVIVA LIFE untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya/Kami yang tersedia diperoleh atau disimpan oleh PT ASTRA AVIVA LIFE (sesuai yang tercantum pada formulir ini atau sarana lain), kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan re-asuransi, asuransi, lembaga, bank, atau badan hukum lain baik di dalam maupun di luar negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan PT ASTRA AVIVA LIFE dalam rangka pengajuan formulir perubahan ini, ketentuan Polis, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, pelaksanaan ketentuan Polis, survey kepuasan nasabah,
5. Saya/Kami dengan ini memberi izin kepada PT ASTRA AVIVA LIFE untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya/Kami yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh PT ASTRA AVIVA LIFE tetapi tidak terbatas kepada data informasi terkait nama, alamat, tanggal kelahiran, no.telpon, alamat e-mail dan data-data terkait lainnya untuk kepentingan penawaran produk-produk asuransi lainnya milik PT ASTRA AVIVA LIFE , produk-produk rekanan/partner usaha PT ASTRA AVIVA LIFE dan karenanya ditandatangani formulir ini oleh Saya/Kami adalah merupakan bukti tertulis pemberian izin oleh Saya/Kami.

Ditandatangani di \_\_\_\_\_ Pada tanggal \_\_\_\_\_ (tanggal/bulan/tahun)

**DIISI OLEH PETUGAS PEMASARAN ASTRA LIFE YANG MELAYANI TRANSAKSI DALAM FORMULIR INI**

Nama Petugas Pemasaran :

No Tlp Petugas Pemasaran :

\_\_\_\_\_  
Nama Jelas & Tanda Tangan Pemegang Polis (Tanda tangan sesuai dengan KTP/Paspor/KITAS)

## KETERANGAN KESEHATAN PEMEGANG POLIS DAN TERTANGGUNG

**Hanya diisi khusus untuk transaksi perubahan pemegang polis yang memiliki manfaat asuransi tambahan pembebasan premi akibat meninggal dunia, pembebasan premi karena cacat total dan tetap dan/atau manfaat 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"/>	
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"/>	
3	Apakah Tertanggung perokok atau mengkonsumsi jenis tembakau lainnya? Jika "Ya", berapa batang per hari ? _____ batang/hari.	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"/>	
5	Apakah Anda pernah atau sedang menjalani pemeriksaan kesehatan atau dalam perawatan dokter 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"/>	
6	<b>Khusus untuk 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"/>	
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"/>	
10	<b>Khusus untuk 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: _____		Ya <input type="checkbox"/>	
		Tidak <input type="checkbox"/>	Ya <input type="checkbox"/>	
		Tidak <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>	

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"/>
16	Apakah ada perubahan gaya hidup,hobi, jenis kelamin dan kesehatan dalam 1 tahun terakhir? Jika ada,sebutkan : _____	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 keterangan tambahan 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 Saya tersebut ternyata terbukti di kemudian hari tidak benar dan/atau menyesatkan dan menimbulkan kerugian terhadap PT ASTRA AVIVA LIFE, maka Saya wajib bersedia untuk menerima semua konsekuensi risiko dan bertanggung jawab atas kepesertaan Saya dan/atau tertanggung sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh PT Astra Aviva Life dan ketentuan peraturan perundangan yang berlaku berikutan perubahannya dikemudian hari, dan membebaskan PT ASTRA AVIVA LIFE, dari segala tuntutan/gugatan hukum yang mungkin timbul dari pihak manapun sebagai akibat dari pernyataan yang tidak benar dan/atau menyesatkan tersebut.

Ditandatangani di \_\_\_\_\_ Pada tanggal \_\_\_\_\_ (tanggal/bulan/tahun)

Tanda tangan dan Nama Pemegang Polis
--------------------------------------

Tanda tangan dan Nama Tertanggung
-----------------------------------

Tanda Tangan dan Nama Tenaga Pemasaran
--

**Pengesahan Underwriting**

Tempat & Tanggal : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Catatan : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diterima  Diterima dengan syarat  Ditolak

Nama dan Tanda Tangan Underwriter

\_\_\_\_\_