

## FORMULIR TINJAU ULANG KEPUTUSAN TIDAK STANDAR

- > 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, tertanggung dan tertanggung tambahan (jika ada) yang masih berlaku (KTP/Paspor/KITAS).
- > Wajib melampirkan laporan pemeriksaan medis terakhir maksimal 6 bulan dari tanggal pengajuan tinjau ulang keputusan tidak standar.
- > Formulir Tinjau Ulang Keputusan Tidak Standar hanya berlaku untuk satu nomor polis.
- > Permohonan Tinjau Ulang Keputusan Tidak Standar 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 : \_\_\_\_\_

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

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

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

Dengan ini mengajukan permohonan tinjau ulang atas keputusan tidak standar atas :

Tertanggung Utama  Tertanggung Tambahan

Atas Nama : \_\_\_\_\_

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

Melampirkan dokumen pendukung :  Ya  Tidak

Dokumen pendukung yang dilampirkan :

Laporan Pemeriksaan Kesehatan

Hasil Laboratorium

Lainnya , Sebutkan : \_\_\_\_\_

### Pernyataan dan Persetujuan Pemegang Polis

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa :

1. Saya telah membaca, mengerti, memahami dan menyetujui semua ketentuan tinjau ulang atas keputusan tidak standar serta bertanggung jawab atas semua informasi yang saya berikan dalam formulir ini. Apabila ada kesalahan dalam pengisian formulir ini maka sepenuhnya menjadi tanggung jawab saya, PT ASTRA AVIVA LIFE akan dibebaskan dari segala macam bentuk tuntutan baik sekarang maupun dikemudian hari.
2. Seluruh Biaya pemeriksaan kesehatan sehubungan dengan pengajuan ini akan dibebankan kepada Pemegang Polis.
3. PT ASTRA AVIVA LIFE sepenuhnya berhak untuk menolak pengajuan tinjau ulang atas keputusan tidak standar ini atas sebab apapun.
4. PT ASTRA AVIVA LIFE sepenuhnya berhak untuk meminta pemeriksaan kesehatan lanjutan maupun persyaratan tambahan lainnya.
5. PT ASTRA AVIVA LIFE sepenuhnya berhak untuk mempertimbangkan penambahan maupun penghapusan biaya tambahan dan pengecualian pada Polis setelah keputusan seleksi risiko terhadap proses tinjau ulang keputusan tidak standar selesai dilakukan.
6. 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, maupun untuk tujuan hukum dan perundang-undangan) dan karenanya ditandatanganinya formulir ini oleh Saya/Kami adalah merupakan bukti tertulis pemberian izin oleh Saya/Kami.
7. 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 ditandatanganinya 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

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 Pertanggungungan dan Uang Pertanggungungan :  _____	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 ada perubahan gaya hidup, hobby dan kesehatan dalam 1 tahun terakhir? Jika ada, sebutkan perubahan tersebut : _____	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 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 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), amphetamin, heroin atau narkotik lainnya?	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	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: _____		

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 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 diatas 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 berikut 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
--

<b>Pengesahan Underwriting</b>	
Tempat & Tanggal : _____ / _____	Catatan : _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Diterima	<input type="checkbox"/> Diterima dengan syarat
<input type="checkbox"/> Ditolak	
Nama dan Tanda Tangan Underwriter  _____	