

Perubahan Asuransi Tambahan (Rider)

Program Asuransi Tambahan	Nama Tertanggung	Tambah	Hapus	Naik	Turun	Uang Pertanggungan / Manfaat
1 _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rp/USD _____
2 _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rp/USD _____
3 _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rp/USD _____
4 _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rp/USD _____
5 _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rp/USD _____
6 _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rp/USD _____
7 _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rp/USD _____
8 _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rp/USD _____

Dokumen tambahan yang wajib dilampirkan :

- Ilustrasi perubahan
- Keterangan Kesehatan Pemegang Polis dan Tertanggung
- Foto copy identitas diri Tertanggung (dalam hal tertanggung dalam asuransi tambahan bukanlah Pemegang Polis inti)

Keterangan Tambahan

- Penambahan asuransi tambahan (rider) akan menyebabkan meningkatnya jumlah biaya asuransi sebagaimana dijelaskan dalam ilustrasi perubahan
- Apabila ada permintaan informasi / dokumen tambahan maka Pemegang Polis wajib melengkapinya dalam jangka waktu 10 Hari setelah permintaan informasi / dokumen tambahan tersebut disampaikan, apabila permintaan informasi / dokumen tambahan tidak disampaikan dalam waktu yang telah ditentukan tersebut maka formulir dan permintaan ini dinyatakan tidak berlaku

Tinjau Ulang Keputusan Tidak Standar

Tertanggung Utama Tertanggung Tambahan

Atas Nama : _____

Alasan : _____

Dokumen pendukung yang dilampirkan :

Laporan Pemeriksaan Kesehatan

Hasil Laboratorium

Lainnya , Sebutkan : _____

Keterangan Tambahan

- Wajib melampirkan laporan pemeriksaan medis terakhir maksimal 6 bulan dari tanggal pengajuan tinjau ulang keputusan tidak standar.

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 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. Seluruh Biaya pemeriksaan kesehatan sehubungan dengan pengajuan perubahan polis finansial ini akan dibebankan kepada Pemegang Polis.
4. PT ASTRA AVIVA LIFE sepenuhnya berhak untuk menolak pengajuan perubahan polis finansial ini atas sebab apapun.
5. PT ASTRA AVIVA LIFE sepenuhnya berhak untuk meminta pemeriksaan kesehatan lanjutan maupun persyaratan tambahan lainnya.
6. PT ASTRA AVIVA LIFE sepenuhnya berhak untuk mempertimbangkan penambahan maupun penghapusan biaya tambahan dan pengecualian pada Polis setelah keputusan seleksi risiko selesai dilakukan.
7. 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.
8. 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 ditandatangani formulir ini oleh Saya/Kami adalah merupakan bukti tertulis pemberian izin oleh Saya/Kami.
9. 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)

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

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

Nama Petugas Pemasaran :

No Tlp Petugas Pemasaran :

KETERANGAN KESEHATAN PEMEGANG POLIS DAN TERTANGGUNG

Hanya diisi apabila pemegang polis mengajukan penambahan asuransi tambahan dan/atau melakukan perubahan uang pertanggungan

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 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 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	Khusus untuk Tertanggung anak: 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	Khusus untuk Tertanggung wanita: 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 terjadwal (bukan menggunakan maspakai penerbangan umum terjadwal) ?	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 di atas 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 di kemudian 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 Petugas Pemasaran

Pengesahan Underwriting
 Tempat & Tanggal : _____ / _____ Catatan : _____

 Diterima Diterima dengan syarat Ditolak
 Nama dan Tanda Tangan Underwriter
