





9 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)?

PP :                      TT :                      TT1 :                      TT2 :                      TT3 :                      TT4 :  
 Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak

Jika "Ya", sebutkan dan jelaskan : \_\_\_\_\_

10 Tuliskan nama dan alamat lengkap dokter/klinik/Rumah Sakit yang pernah atau biasa Anda kunjungi :

\_\_\_\_\_

11 Kecuali diberikan dengan resep dokter, apakah Anda pernah menggunakan kokain, marijuana, LSD (Lysergic Acid Diethylamide), amfetamin, heroin atau narkotik lainnya?

PP :                      TT :                      TT1 :                      TT2 :                      TT3 :                      TT4 :  
 Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak

12 Khusus untuk wanita:

a. Apakah Anda sekarang ini sedang hamil? (harap lampirkan copy kartu/buku kontrol kehamilan dengan informasi yang lengkap)

PP :                      TT :                      TT1 :                      TT2 :                      TT3 :                      TT4 :  
 Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak

Jika "Ya", berapa usia kandungan saat ini?

PP : \_\_\_\_\_ Minggu                      TT2 : \_\_\_\_\_ Minggu  
 TT : \_\_\_\_\_ Minggu                      TT3 : \_\_\_\_\_ Minggu  
 TT1 : \_\_\_\_\_ Minggu                      TT4 : \_\_\_\_\_ Minggu

b. Apakah Anda pernah mengalami kesulitan / komplikasi pada saat melahirkan?

PP :                      TT :                      TT1 :                      TT2 :                      TT3 :                      TT4 :  
 Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak

c. Nama dan alamat lengkap dokter yang memeriksa kandungan: \_\_\_\_\_

13 Apakah Anda memiliki orang tua/saudara yang menderita penyakit diabetes, tekanan darah tinggi, sakit jantung, stroke, ginjal, hepatitis, kelainan mental atau penyakit turunan lainnya?

PP :                      TT :                      TT1 :                      TT2 :                      TT3 :                      TT4 :  
 Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak

Jika ada sebutkan status hubungan, Jenis penyakit dan usia saat sakit : \_\_\_\_\_

14 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 ?

PP :                      TT :                      TT1 :                      TT2 :                      TT3 :                      TT4 :  
 Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak

15 Apakah Anda sering melakukan penerbangan yang tidak terjadwal (bukan menggunakan maskapai penerbangan umum terjadwal) ?

PP :                      TT :                      TT1 :                      TT2 :                      TT3 :                      TT4 :  
 Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak

16 Apakah ada perubahan berat badan dan tinggi badan dalam 2 tahun terakhir ini ?

PP :                      TT :                      TT1 :                      TT2 :                      TT3 :                      TT4 :  
 Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak            Ya    Tidak

PP : Tinggi Badan \_\_\_\_\_ cm    Berat Badan \_\_\_\_\_ Kilogram    TT2 : Tinggi Badan \_\_\_\_\_ cm    Berat Badan \_\_\_\_\_ Kilogram  
 TT : Tinggi Badan \_\_\_\_\_ cm    Berat Badan \_\_\_\_\_ Kilogram    TT3 : Tinggi Badan \_\_\_\_\_ cm    Berat Badan \_\_\_\_\_ Kilogram  
 TT1 : Tinggi Badan \_\_\_\_\_ cm    Berat Badan \_\_\_\_\_ Kilogram    TT4 : Tinggi Badan \_\_\_\_\_ cm    Berat Badan \_\_\_\_\_ Kilogram

17 Apakah ada perubahan pekerjaan dalam 1 tahun terakhir?

<b>PP :</b>	<b>TT :</b>	<b>TT1 :</b>	<b>TT2 :</b>	<b>TT3 :</b>	<b>TT4 :</b>
Ya    Tidak	Ya    Tidak	Ya    Tidak	Ya    Tidak	Ya    Tidak	Ya    Tidak
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Jika ada,sebutkan jenis pekerjaan saat ini :

<b>PP :</b> _____	<b>TT2 :</b> _____
<b>TT :</b> _____	<b>TT3 :</b> _____
<b>TT1 :</b> _____	<b>TT4 :</b> _____

18 Apakah ada perubahan gaya hidup,hobi, jenis kelamin dan kesehatan dalam 1 tahun terakhir?

<b>PP :</b>	<b>TT :</b>	<b>TT1 :</b>	<b>TT2 :</b>	<b>TT3 :</b>	<b>TT4 :</b>
Ya    Tidak	Ya    Tidak	Ya    Tidak	Ya    Tidak	Ya    Tidak	Ya    Tidak
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Jika ada,sebutkan

<b>PP :</b> _____	<b>TT2 :</b> _____
<b>TT :</b> _____	<b>TT3 :</b> _____
<b>TT1 :</b> _____	<b>TT4 :</b> _____

**Pernyataan dan Persetujuan Pemegang Polis**

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa :

1. 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 ASURANSI JIWA ASTRA berhak menolak pengajuan ataupun membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan Polis.
2. 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 ASURANSI JIWA ASTRA 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.
3. Saya/Kami dengan ini memberi izin kepada PT ASURANSI JIWA ASTRA untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya/Kami yang tersedia diperoleh atau disimpan oleh PT ASURANSI JIWA ASTRA (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 ASURANSI JIWA ASTRA 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.
4. Saya/Kami dengan ini memberi izin kepada PT ASURANSI JIWA ASTRA untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya/Kami yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh PT ASURANSI JIWA ASTRA 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 ASURANSI JIWA ASTRA , produk-produk rekanan/partner usaha PT ASURANSI JIWA ASTRA dan karenanya ditandatangani formulir ini oleh Saya/Kami adalah merupakan bukti tertulis pemberian izin oleh Saya/Kami.
5. Saya/Kami 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 ASURANSI JIWA ASTRA, 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 ASURANSI JIWA ASTRA dan ketentuan peraturan perundangan yang berlaku berikut perubahannya dikemudian hari, dan membebaskan PT ASURANSI JIWA ASTRA, 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 NamaTertanggung	Tanda tangan dan NamaTertanggung Tambahan 1
Tanda tangan dan NamaTertanggung Tambahan 2	Tanda tangan dan NamaTertanggung Tambahan 3	Tanda tangan dan NamaTertanggung Tambahan 4
Tanda Tangan dan Nama Petugas Pemasaran	<b>DIISI OLEH PETUGAS PEMASARAN ASTRA LIFE YANG MELAYANI TRANSAKSI DALAM FORMULIR INI</b> Nama Petugas Pemasaran : _____ No Tlp Petugas Pemasaran : _____	