



member of **ASTRA**

PT. ASURANSI JIWA ASTRA, Pondok Indah Office Tower 3 , Lantai 1 , Jl.Sultan Iskandar Muda Kav.V-TA,Pondok Indah, Jakarta Selatan 12310  
Hello Astra Life : 1-500-282 ; hello@astralife.co.id ; www.astralife.co.id  
PT. ASURANSI JIWA ASTRA berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

## FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN POLIS 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 pada 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 Finansial hanya berlaku untuk satu nomor polis.
- > Permohonan Perubahan Polis Finansial akan diproses apabila seluruh data serta syarat kelengkapan dokumen telah dipenuhi, apabila diperlukan maka PT ASURANSI JIWA ASTRA berhak untuk meminta dokumen tambahan termasuk melakukan verifikasi maupun konfirmasi lanjutan terhadap pemegang polis.
- > Tanggal waktu penerimaan dokumen oleh Kantor Pusat PT ASURANSI JIWA ASTRA adalah pukul 12.00 WIB. Apabila dokumen diterima oleh Kantor Pusat PT ASURANSI JIWA ASTRA setelah pukul 12.00 WIB maka dokumen akan dianggap sebagai pengajuan hari kerja berikutnya.

Nomor Polis

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

Nama Pemegang Polis (PP) : \_\_\_\_\_  
Telepon Rumah : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Telepon Kantor : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ext : \_\_\_\_\_  
Telepon Seluler : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

### Koreksi Tanggal Lahir (Tgl-Bln-Thn)

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

### Cuti Premi / Cuti Kontribusi

Pengajuan  Berhenti

Dokumen tambahan yang wajib dilampirkan :

- Melampirkan Bukti Bayar Premi untuk proses Berhenti Cuti Premi

Keterangan Tambahan

- Pengajuan Cuti Premi / Cuti Kontribusi dapat diajukan 30 hari sebelum jatuh tempo pembayaran Polis
- Apabila terjadi pembayaran premi / kontribusi sebelum pengajuan Cuti Premi / Cuti Kontribusi diterima oleh Astra Life maka pengajuan akan diproses untuk jatuh tempo pembayaran berikutnya.

### Perubahan Asuransi Dasar

#### Uang Pertanggungan Asuransi Dasar

Naik Menjadi  Turun Menjadi Rp/USD \_\_\_\_\_

#### Premi / Kontribusi Dasar

Naik Menjadi  Turun Menjadi Rp/USD \_\_\_\_\_

#### Top Up Berkala

Naik Menjadi  Turun Menjadi Rp/USD \_\_\_\_\_

Dokumen tambahan yang wajib dilampirkan :

- Ilustrasi perubahan yang telah ditandatangani oleh Pemegang Polis

Keterangan Tambahan

- Perubahan Uang Pertanggungan Asuransi Dasar , Premi / Kontribusi Dasar dan Top Up berkala hanya dapat dilakukan pada ulang tahun Polis atau sebagaimana diatur dalam ketentuan Polis. Mohon ajukan pengajuan 30 hari sebelum ulang tahun Polis untuk menghindari perubahan tidak dapat diproses.

**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

**Pernyataan dan Persetujuan Pemegang Polis**

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa :

- Semua jawaban-jawaban dari seluruh pertanyaan yang berhubungan dengan Tertanggung (dan yang berhubungan dengan Pemegang Polis termasuk jika Polis mempunyai manfaat tambahan "Pembebasan Premi / Kontribusi") adalah lengkap dan benar. PT ASURANSI JIWA ASTRA berhak untuk melakukan verifikasi transaksi termasuk berupa permintaan informasi tambahan atau konfirmasi kepada Pemegang Polis jika diperlukan.
- 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 perubahan ataupun membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan Polis.
- Seluruh Biaya pemeriksaan kesehatan sehubungan dengan pengajuan perubahan polis finansial ini akan dibebankan kepada Pemegang Polis.
- PT ASURANSI JIWA ASTRA sepenuhnya berhak untuk menolak pengajuan perubahan polis finansial ini atas sebab apapun.
- PT ASURANSI JIWA ASTRA sepenuhnya berhak untuk meminta pemeriksaan kesehatan lanjutan maupun persyaratan tambahan lainnya.
- PT ASURANSI JIWA ASTRA sepenuhnya berhak untuk mempertimbangkan penambahan maupun penghapusan biaya tambahan dan pengecualian pada Polis setelah keputusan seleksi risiko selesai dilakukan.
- 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.
- 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.
- 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.

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

Nama Pemegang Polis (PP) : \_\_\_\_\_  
 Nama Tertanggung (TT) : \_\_\_\_\_  
 Nama Tertanggung Tambahan 1 (TT1) : \_\_\_\_\_  
 Nama Tertanggung Tambahan 2 (TT2) : \_\_\_\_\_  
 Nama Tertanggung Tambahan 3 (TT3) : \_\_\_\_\_  
 Nama Tertanggung Tambahan 4 (TT4) : \_\_\_\_\_

1 Apakah Anda mempunyai Polis dan atau sedang mengajukan permintaan Asuransi Jiwa, Asuransi Kecelakaan, Asuransi Kesehatan pada PT ASURANSI JIWA ASTRA Indonesia atau perusahaan asuransi lain?

PP :                      TT :                      TT1 :                      TT2 :                      TT3 :                      TT4 :

Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak

                 

Jika "Ya", sebutkan nama perusahaan asuransi, jenis Pertanggungan dan Uang Pertanggungan : \_\_\_\_\_

---

2 Apakah Polis atau permintaan asuransi sebagaimana dimaksud dalam butir 1 diatas pernah ditolak, ditunda, diterima dengan penambahan Premi / Kontribusi, atau diberlakukan suatu pengecualian apapun?

PP :                      TT :                      TT1 :                      TT2 :                      TT3 :                      TT4 :

Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak

                 

Jika "Ya", sebutkan alasannya : \_\_\_\_\_

---

3 Apakah Pemegang Polis / Tertanggung perokok atau mengkonsumsi jenis tembakau lainnya?

PP :                      TT :                      TT1 :                      TT2 :                      TT3 :                      TT4 :

Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak

                 

Jika "Ya", berapa batang per hari ?

PP : \_\_\_\_\_ batang/hari.                      TT2 : \_\_\_\_\_ batang/hari.  
 TT : \_\_\_\_\_ batang/hari.                      TT3 : \_\_\_\_\_ batang/hari.  
 TT1 : \_\_\_\_\_ batang/hari.                      TT4 : \_\_\_\_\_ batang/hari.

---

4 Berapa banyak alkohol yang Anda minum secara rutin dalam seminggu (dinyatakan dalam standar unit alkohol) ?  
 1 Standar unit alkohol setara dengan air dalam kaleng berukuran 330 ml, anggur dalam gelas berukuran 125 ml atau alkohol lainnya dalam seloki berukuran 30 ml

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

---

5 Apakah Anda pernah atau sedang menderita salah satu penyakit atau mengalami gejala/kelainan : pembuluh darah/jantung; kelainan pembuluh darah; tekanan darah tinggi; kelainan darah; TBC; asma; bronchitis; sakit maag; usus; penyakit hati; hepatitis; haemorrhoid/wasir; ginjal; saluran kencing; kandung kemih atau prostat; penyakit kelamin; kelainan saraf kelumpuhan; stroke; epilepsy, penyakit susunan syaraf/otak; gangguan otak; gangguan jiwa/depresi; gangguan penglihatan/pendengaran; malaria; typhus; rematik; gangguan otot/persendian/punggung; paru-paru; penyakit tiroid; diabetes; hyperkolesterol; gout; leukemia; anemia; tumor; kista; pertumbuhan (benjolan) yang abnormal; kanker; penyakit yang menyerang kekebalan tubuh (autoimun), dan penyakit kronis lainnya ataupun HIV/AIDS atau penyakit/kelainan lain yang tidak disebutkan di sini dalam 5 tahun terakhir?

PP :                      TT :                      TT1 :                      TT2 :                      TT3 :                      TT4 :

Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak

                 

---

6 Apakah Anda sedang dalam perawatan Dokter, sedang menjalani pengobatan, atau memiliki rencana untuk melakukan tindakan pembedahan, pemeriksaan kesehatan, ataupun pengobatan yang diakibatkan oleh adanya Penyakit maupun Kecelakaan.

PP :                      TT :                      TT1 :                      TT2 :                      TT3 :                      TT4 :

Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak

                 

---

7 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?

PP :                      TT :                      TT1 :                      TT2 :                      TT3 :                      TT4 :

Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak    Ya    Tidak

                 

Jika "Ya", sebutkan nama dokter/dokter keluarga yang mengetahui riwayat kesehatan Anda atau dokter yang Anda kunjungi terakhir kali : \_\_\_\_\_

**8 Khusus untuk Tertanggung anak:**

a. Proses kelahiran:

**TT :**  
 Normal     Prematur     Kelainan/Cidera  
**TT1 :**  
 Normal     Prematur     Kelainan/Cidera  
**TT2 :**  
 Normal     Prematur     Kelainan/Cidera

**TT3 :**  
 Normal     Prematur     Kelainan/Cidera  
**TT4 :**  
 Normal     Prematur     Kelainan/Cidera

b. Tinggi dan Berat Badan pada saat lahir :

**TT :** \_\_\_\_\_ cm    \_\_\_\_\_ kilogram  
**TT1 :** \_\_\_\_\_ cm    \_\_\_\_\_ kilogram  
**TT2 :** \_\_\_\_\_ cm    \_\_\_\_\_ kilogram

**TT3 :** \_\_\_\_\_ cm    \_\_\_\_\_ kilogram  
**TT4 :** \_\_\_\_\_ cm    \_\_\_\_\_ kilogram

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    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), amphetamin, heroin atau narkotik lainnya?

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

- 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.
- 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, diagnosis, 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.
- 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.
- 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.
- 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

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

Nama Petugas Pemasaran :

No Tlp Petugas Pemasaran :