

## FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN POLIS NON FINANSIAL

- > Mohon diisi jujur, lengkap dan benar oleh pemegang polis dengan menggunakan ballpoint serta huruf cetak dan memberi tanda ( v ) 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 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 ASURANSI JIWA ASTRA berhak untuk meminta dokumen tambahan termasuk melakukan verifikasi maupun konfirmasi lanjutan terhadap pemegang polis.
- > Tenggat 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) : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_  
Telepon Rumah : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telepon Kantor : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Telepon Seluler : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_  
Alasan Perubahan : \_\_\_\_\_

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

Nomor KTP/Paspor/KITAS : \_\_\_\_\_ Status Kewarganegaraan : \_\_\_\_\_  
Nomor NPWP : \_\_\_\_\_ tanggal / bulan / tahun

Negara, Kota dan Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
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 : \_\_\_\_\_

Tanda Tangan Pemegang Polis Baru : 1 2  
*(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 / kontribusi & 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 :

- 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.
- 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

**Hanya diisi apabila melakukan transaksi Perubahan Pemegang Polis yang memiliki manfaat asuransi tambahan pembebasan premi / kontribusi akibat meninggal dunia, pembebasan premi karena cacat total dan tetap dan/atau manfaat kesehatan.**

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) : \_\_\_\_\_

<p>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?</p> <p><b>PP :</b>                      <b>TT :</b>                      <b>TT1 :</b>                      <b>TT2 :</b>                      <b>TT3 :</b>                      <b>TT4 :</b></p> <p>Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak</p> <p><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"/></p> <p>Jika "Ya", sebutkan nama perusahaan asuransi, jenis Pertanggungan dan Uang Pertanggungan : _____</p>
<p>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?</p> <p><b>PP :</b>                      <b>TT :</b>                      <b>TT1 :</b>                      <b>TT2 :</b>                      <b>TT3 :</b>                      <b>TT4 :</b></p> <p>Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak</p> <p><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"/></p> <p>Jika "Ya", sebutkan alasannya : _____</p>
<p>3 Apakah Pemegang Polis / Tertanggung perokok atau mengkonsumsi jenis tembakau lainnya?</p> <p><b>PP :</b>                      <b>TT :</b>                      <b>TT1 :</b>                      <b>TT2 :</b>                      <b>TT3 :</b>                      <b>TT4 :</b></p> <p>Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak</p> <p><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"/></p> <p>Jika "Ya", berapa batang per hari ?</p> <p><b>PP :</b>                      _____ batang/hari.                      <b>TT2 :</b>                      _____ batang/hari.</p> <p><b>TT :</b>                      _____ batang/hari.                      <b>TT3 :</b>                      _____ batang/hari.</p> <p><b>TT1 :</b>                      _____ batang/hari.                      <b>TT4 :</b>                      _____ batang/hari.</p>
<p>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</p> <p><b>PP :</b>                      _____ Unit/Minggu                      <b>TT2 :</b>                      _____ Unit/Minggu</p> <p><b>TT :</b>                      _____ Unit/Minggu                      <b>TT3 :</b>                      _____ Unit/Minggu</p> <p><b>TT1 :</b>                      _____ Unit/Minggu                      <b>TT4 :</b>                      _____ Unit/Minggu</p>
<p>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; kandungan 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?</p> <p><b>PP :</b>                      <b>TT :</b>                      <b>TT1 :</b>                      <b>TT2 :</b>                      <b>TT3 :</b>                      <b>TT4 :</b></p> <p>Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak</p> <p><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"/></p>
<p>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.</p> <p><b>PP :</b>                      <b>TT :</b>                      <b>TT1 :</b>                      <b>TT2 :</b>                      <b>TT3 :</b>                      <b>TT4 :</b></p> <p>Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak</p> <p><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"/></p>
<p>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?</p> <p><b>PP :</b>                      <b>TT :</b>                      <b>TT1 :</b>                      <b>TT2 :</b>                      <b>TT3 :</b>                      <b>TT4 :</b></p> <p>Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak      Ya      Tidak</p> <p><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"/></p> <p>Jika "Ya", sebutkan nama dokter/dokter keluarga yang mengetahui riwayat kesehatan Anda atau dokter yang Anda kunjungi terakhir kali : _____</p>

**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    **TT3 :** \_\_\_\_\_ cm    \_\_\_\_\_ kilogram  
**TT1 :** \_\_\_\_\_ cm    \_\_\_\_\_ kilogram    **TT4 :** \_\_\_\_\_ cm    \_\_\_\_\_ kilogram  
**TT2 :** \_\_\_\_\_ 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  
                                           

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?

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

Jika ada,sebutkan jenis pekerjaan saat ini :

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

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

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

Jika ada,sebutkan

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

**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, 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.
- 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 : \_\_\_\_\_