



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 TINJAU ULANG KEPUTUSAN TIDAK STANDAR

- > 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, 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 ASURANSI JIWA ASTRA berhak untuk meminta dokumen tambahan termasuk permintaan pemeriksaan medis dan 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) : _____
 Nama Tertanggung (TT) : _____
 Nama Tertanggung Tambahan 1 (TT1) : _____
 Nama Tertanggung Tambahan 2 (TT2) : _____
 Nama Tertanggung Tambahan 3 (TT3) : _____
 Nama Tertanggung Tambahan 4 (TT4) : _____
 Telepon Rumah : _____ - _____
 Telepon Kantor : _____ - _____ Ext : _____
 Telepon Seluler : _____ Email : _____

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

TT TT1 TT2 TT3 TT4

Alasan : _____

Dokumen pendukung yang dilampirkan :

Laporan Pemeriksaan Kesehatan Hasil Laboratorium Lainnya , Sebutkan : _____

Pernyataan dan Persetujuan Pemegang Polis

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa :

- 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 ASURANSI JIWA ASTRA akan dibebaskan dari segala macam bentuk tuntutan baik sekarang maupun dikemudian hari.
- Seluruh Biaya pemeriksaan kesehatan sehubungan dengan pengajuan ini akan dibebankan kepada Pemegang Polis.
- PT ASURANSI JIWA ASTRA sepenuhnya berhak untuk menolak pengajuan tinjau ulang atas keputusan tidak standar 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 terhadap proses tinjau ulang keputusan tidak standar selesai dilakukan.
- 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 ditandatanganinya 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 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

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
<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 "Ya", sebutkan nama perusahaan asuransi, jenis Pertanggung dan Uang Pertanggung : _____

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
<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 "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
<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 "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
<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"/>

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
<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"/>

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
<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 "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 : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Kelainan/Cidera	TT3 : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Kelainan/Cidera
TT1 : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Kelainan/Cidera	TT4 : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Kelainan/Cidera
TT2 : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> 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), amphetamin, 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 berjadwal (bukan menggunakan maskapai penerbangan umum berjadwal) ?

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

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

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 : _____