

## FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN POLIS FINANSIAL

- » Mohon diisi jujur, lengkap dan benar oleh Pemegang Polis dengan menggunakan pulpen serta huruf cetak dan memberi tanda (✓) pada kotak jawaban 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.
- » 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.

	<b>Nomor Polis</b>	:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
Pemegang Polis (PP)	:												
Telepon Rumah	:	-											
Telepon Kantor	:	-	Ext. : _____										
Telepon Seluler	:		Email : _____										

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

Perubahan Terhadap:	Data Sebelum Perubahan	Data Sesudah 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.

**Pembayaran Premi Otomatis**

Pengajuan       Berhenti

*Keterangan tambahan :*

- Pembayaran Premi Otomatis hanya dapat digunakan pada periode yang telah ditetapkan oleh Astra Life selama memenuhi ketentuan yang berlaku. Mohon periksa kembali ketentuan mengenai Pembayaran Premi Otomatis pada Polis Anda.

**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 _____

paraf \_\_\_\_\_

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 :

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 / 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.
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 ASURANSI JIWA ASTRA berhak menolok 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 ASURANSI JIWA ASTRA sepenuhnya berhak untuk menolok pengajuan perubahan polis finansial ini atas sebab apapun.
5. PT ASURANSI JIWA ASTRA sepenuhnya berhak untuk meminta pemeriksaan kesehatan lanjutan maupun persyaratan tambahan lainnya.
6. PT ASURANSI JIWA ASTRA 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 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.
8. Saya (selanjutnya cukup disebut "Saya" atau "Subjek Data Pribadi") menyatakan dengan tegas telah memahami dan setuju bahwa PT ASURANSI JIWA ASTRA ("PT ASURANSI JIWA ASTRA") memahami pentingnya perlindungan Data Pribadi yang diatur dalam Undang-Undang No. 27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi beserta peraturan-peraturan pelaksanaannya yang berlaku terhadap PT ASURANSI JIWA ASTRA yang diundangkan dari waktu ke waktu (untuk selanjutnya disebut sebagai "UU PDP"). Oleh karena itu, PT ASURANSI JIWA ASTRA berkomitmen untuk melaksanakan ketentuan UU PDP dan peraturan-peraturan terkait maupun pelaksanaannya demi menjaga kerahasiaan dan memastikan perlindungan Data Pribadi milik Subjek Data Pribadi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
9. Saya menyatakan dengan tegas telah memahami dan setuju bahwa berdasarkan ketentuan UU PDP, PT ASURANSI JIWA ASTRA sebagai Pengendali Data Pribadi dengan ini melakukan Pemrosesan Data Pribadi baik dilakukan secara langsung atau dengan menunjuk pihak ketiga sebagai Prosesor Data Pribadi yang meliputi perolehan, pengumpulan, pengolahan, penganalisisan, penyimpanan, perbaikan, pembaruan, penampilan, pengumuman, transfer, penyebaran, pengungkapan, penghapusan, dan/atau pemusnahan atas Data Pribadi milik Subjek Data Pribadi dan memberikan izin serta kuasa kepada PT ASURANSI JIWA ASTRA untuk menggunakan atau meneruskan informasi atau Data Pribadi Saya yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh PT ASURANSI JIWA ASTRA mencakup pada data-data yang Saya berikan melalui dokumen ini maupun SPAJ, kepada pihak-pihak lain sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia atau pihak-pihak lain yang memiliki kerjasama dengan PT ASURANSI JIWA ASTRA, termasuk tapi tidak terbatas pada pihak penyedia layanan kesehatan (rumah sakit/klinik/puskesmas/laboratorium/tenaga medis) dan penyedia jasa administrasi kesehatan (Third-Party Administrator) dalam rangka pertanggungans asuransi, penyedia jasa pencetakan dan pengiriman polis, Otoritas Jasa Keuangan (OJK), Bank Indonesia, Pusat Pelaporan dan Analisis Transaksi Keuangan (PPATK), Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK), pengadilan, badan arbitrase maupun lembaga penyelesaian sengketa asuransi, Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil (DUKCAPIL), perusahaan reasuransi, perusahaan asuransi, lembaga pemerintah atau badan hukum lain termasuk yang tergabung di dalam Grup Astra baik di dalam maupun luar negeri yang memiliki hubungan kerjasama dengan PT ASURANSI JIWA ASTRA dalam rangka pembayaran klaim, pengalihan risiko pertanggungans, pelayanan nasabah, analisa data, survey nasabah, maupun penawaran produk lain.
10. Saya menyatakan dengan tegas telah memahami dan setuju bahwa pemrosesan Data Pribadi milik Subjek Data Pribadi adalah untuk tujuan pengajuan transaksi atau aktivitas berdasarkan dokumen ini dan tujuan-tujuan sebagaimana tercantum di dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJ) yang sebelumnya telah Saya setuju.
11. Saya setuju dan memberikan izin serta kuasa kepada PT ASURANSI JIWA ASTRA untuk menggunakan atau meneruskan informasi atau Data Pribadi Saya yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh PT ASURANSI JIWA ASTRA mencakup pada data-data yang Saya berikan melalui dokumen ini maupun SPAJ, kepada pihak-pihak lain sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia atau pihak-pihak lain yang memiliki kerjasama dengan PT ASURANSI JIWA ASTRA, termasuk tapi tidak terbatas pada pihak penyedia layanan kesehatan (rumah sakit/klinik/puskesmas/laboratorium/tenaga medis) dan penyedia jasa administrasi kesehatan (Third-Party Administrator) dalam rangka pertanggungans asuransi, penyedia jasa pencetakan dan pengiriman polis, Otoritas Jasa Keuangan (OJK), Bank Indonesia, Pusat Pelaporan dan Analisis Transaksi Keuangan (PPATK), Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK), pengadilan, badan arbitrase maupun lembaga penyelesaian sengketa asuransi, Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil (DUKCAPIL), perusahaan reasuransi, perusahaan asuransi, lembaga pemerintah atau badan hukum lain termasuk yang tergabung di dalam Grup Astra baik di dalam maupun luar negeri yang memiliki hubungan kerjasama dengan PT ASURANSI JIWA ASTRA dalam rangka pembayaran klaim, pengalihan risiko pertanggungans, pelayanan nasabah, analisa data, survey nasabah, maupun penawaran produk lain.
12. Saya menyatakan dengan tegas telah mengetahui dan memahami bahwa Saya memiliki beberapa hak selaku Subjek Data Pribadi yang mencakup hak untuk mendapatkan informasi, memperoleh akses dan/atau salinan Data Pribadi, melengkapi, memperbarui, dan/atau memperbaiki kesalahan dan/atau ketidakakuratan Data Pribadi, mengakhiri Pemrosesan Data Pribadi, menghapus Data Pribadi, portabilitas, interoperabilitas, menarik kembali persetujuan Pemrosesan Data Pribadi, menunda atau membatasi Pemrosesan Data Pribadi secara proporsional dan menggugat dan menerima ganti rugi apabila terjadi pelanggaran Pemrosesan Data Pribadi berdasarkan kesalahan maupun kelalaian PT ASURANSI JIWA ASTRA yang secara langsung merugikan Saya berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
13. Saya menyatakan dengan tegas telah memahami dan setuju bahwa apabila Saya hendak mengajukan permintaan untuk melaksanakan hak-hak Subjek Data Pribadi, Saya akan menyampaikannya kepada PT ASURANSI JIWA ASTRA melalui saluran/kontak perusahaan yang berlaku. Saya juga memahami bahwa pelaksanaan hak tersebut dapat mengakibatkan penghentian maupun gangguan penyediaan Layanan, penghapusan akun, dan/atau pengakhiran hubungan kontraktual antara Saya dengan PT ASURANSI JIWA ASTRA (sebagaimana relevan dengan hak yang dilaksanakan). PT ASURANSI JIWA ASTRA akan melakukan proses verifikasi dan penyaringan terhadap semua permintaan Saya untuk melaksanakan hak Saya selaku Subjek Data Pribadi. Saya juga memahami bahwa guna melakukan hal tersebut terhadap wewenang Saya untuk mengajukan permintaan, PT ASURANSI JIWA ASTRA mungkin meminta Saya untuk memberikan informasi atau dokumentasi pendukung untuk menguatkan permintaan tersebut. Setelah terverifikasi, maka PT ASURANSI JIWA ASTRA akan menginformasikan Saya terkait dengan konsekuensi untuk pelaksanaan hak Saya. Setelah mendapatkan persetujuan Saya atas konsekuensi tersebut, PT ASURANSI JIWA ASTRA akan memberlakukan permintaan Saya dalam batas waktu yang ditentukan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku.
14. Saya menyatakan dengan tegas telah mengetahui dan memahami bahwa ketentuan lebih lanjut terkait dengan Pemrosesan Data Pribadi termasuk Hak Subjek Data Pribadi dapat diakses dan dibaca pada laman melalui link berikut: <https://www.astralife.co.id/pemberitahuan-privasi/> ("Pemberitahuan Privasi"). Pernyataan atas pemahaman dan persetujuan terhadap Pemrosesan Data Pribadi sebagaimana tercantum pada dokumen ini merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dengan Pemberitahuan Privasi dan oleh karenanya Pernyataan atas pemahaman dan persetujuan terhadap Pemrosesan Data Pribadi yang diberikan oleh Subjek Data Pribadi pada dokumen ini juga merupakan persetujuan terhadap ketentuan yang diatur di dalam Pemberitahuan Privasi. Setiap pertanyaan maupun keluhan sehubungan dengan kegiatan Pemrosesan Data Pribadi yang PT ASURANSI JIWA ASTRA lakukan, termasuk apabila Saya bermaksud menggunakan hak selaku Subjek Data Pribadi, maka dapat menghubungi PT ASURANSI JIWA ASTRA melalui: Email ke [hello@astralife.co.id](mailto:hello@astralife.co.id) Telepon: 1500 282 WhatsApp: 08952-1500282. Melalui surat kepada PT ASURANSI JIWA ASTRA, Pondok Indah Office Tower 3, Lantai 1, Jl. Sultan Iskandar Muda Kav. V-TA, Pondok Indah, Jakarta Selatan 12310, Indonesia.

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)

paraf \_\_\_\_\_

**KETERANGAN KESEHATAN PEMEGANG POLIS DAN TERTANGGUNG**

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

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?

<b>PP :</b>	<b>TT :</b>	<b>TT 1 :</b>	<b>TT 2 :</b>	<b>TT 3 :</b>	<b>TT 4 :</b>
Ya Tidak					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

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?

<b>PP :</b>	<b>TT :</b>	<b>TT 1 :</b>	<b>TT 2 :</b>	<b>TT 3 :</b>	<b>TT 4 :</b>
Ya Tidak					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

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

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

<b>PP :</b>	<b>TT :</b>	<b>TT 1 :</b>	<b>TT 2 :</b>	<b>TT 3 :</b>	<b>TT 4 :</b>
Ya Tidak					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

Jika "Ya", berapa batang per hari?

<b>PP :</b> _____ batang/hari?	<b>TT 2 :</b> _____ batang/hari?
<b>TT :</b> _____ batang/hari?	<b>TT 3 :</b> _____ batang/hari?
<b>TT 1 :</b> _____ batang/hari?	<b>TT 4 :</b> _____ 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

<b>PP :</b> _____ Unit/Minggu	<b>TT 2 :</b> _____ Unit/Minggu
<b>TT :</b> _____ Unit/Minggu	<b>TT 3 :</b> _____ Unit/Minggu
<b>TT 1 :</b> _____ Unit/Minggu	<b>TT 4 :</b> _____ 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; epilepsi, 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?

<b>PP :</b>	<b>TT :</b>	<b>TT 1 :</b>	<b>TT 2 :</b>	<b>TT 3 :</b>	<b>TT 4 :</b>
Ya Tidak					
<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.

<b>PP :</b>	<b>TT :</b>	<b>TT 1 :</b>	<b>TT 2 :</b>	<b>TT 3 :</b>	<b>TT 4 :</b>
Ya Tidak					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

paraf \_\_\_\_\_

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?

<b>PP :</b>	<b>TT :</b>	<b>TT 1 :</b>	<b>TT 2 :</b>	<b>TT 3 :</b>	<b>TT 4 :</b>
Ya Tidak					
<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. Apakah Anda pernah mendapatkan pengobatan atau perawatan apapun selama lebih dari 4 minggu?

<b>PP :</b>	<b>TT :</b>	<b>TT 1 :</b>	<b>TT 2 :</b>	<b>TT 3 :</b>	<b>TT 4 :</b>
Ya Tidak					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

Jika "Ya", mohon jelaskan :

\_\_\_\_\_

9. Apakah Anda pernah tidak bekerja atau tidak mampu untuk melakukan aktivitas harian karena penyakit, gangguan atau cedera selama lebih dari 2 minggu sekaligus?

<b>PP :</b>	<b>TT :</b>	<b>TT 1 :</b>	<b>TT 2 :</b>	<b>TT 3 :</b>	<b>TT 4 :</b>
Ya Tidak					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

Jika "Ya", mohon sebutkan alasannya :

\_\_\_\_\_

10. Khusus untuk Tertanggung anak :

a. Proses Kelahiran :

<b>TT :</b>	<b>TT 3 :</b>
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Kelainan/Cidera	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Kelainan/Cidera
<b>TT 1 :</b>	<b>TT 4 :</b>
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Kelainan/Cidera	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Kelainan/Cidera
<b>TT 2 :</b>	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Kelainan/Cidera	

b. Tinggi dan Berat Badan pada saat lahir :

<b>TT :</b> _____ cm _____ kilogram	<b>TT 3 :</b> _____ cm _____ kilogram
<b>TT 1 :</b> _____ cm _____ kilogram	<b>TT 4 :</b> _____ cm _____ kilogram
<b>TT 2 :</b> _____ cm _____ kilogram	

11. 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)?

<b>PP :</b>	<b>TT :</b>	<b>TT 1 :</b>	<b>TT 2 :</b>	<b>TT 3 :</b>	<b>TT 4 :</b>
Ya Tidak					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

Jika "Ya", sebutkan alasannya :

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

<b>PP :</b>	<b>TT :</b>	<b>TT 1 :</b>	<b>TT 2 :</b>	<b>TT 3 :</b>	<b>TT 4 :</b>
Ya Tidak					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

paraf \_\_\_\_\_

**14. Khusus untuk Wanita :**

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

<b>PP :</b>	<b>TT :</b>	<b>TT 1 :</b>	<b>TT 2 :</b>	<b>TT 3 :</b>	<b>TT 4 :</b>
Ya Tidak					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

Jika "Ya", berapa usia kandungan saat ini?

<b>PP :</b> _____ Minggu	<b>TT 2 :</b> _____ Minggu
<b>TT :</b> _____ Minggu	<b>TT 3 :</b> _____ Minggu
<b>TT 1 :</b> _____ Minggu	<b>TT 4 :</b> _____ Minggu

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

<b>PP :</b>	<b>TT :</b>	<b>TT 1 :</b>	<b>TT 2 :</b>	<b>TT 3 :</b>	<b>TT 4 :</b>
Ya Tidak					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

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

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

<b>PP :</b>	<b>TT :</b>	<b>TT 1 :</b>	<b>TT 2 :</b>	<b>TT 3 :</b>
Ya Tidak				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

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

16. 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 ?

<b>PP :</b>	<b>TT :</b>	<b>TT 1 :</b>	<b>TT 2 :</b>	<b>TT 3 :</b>	<b>TT 4 :</b>
Ya Tidak					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

17. Apakah Anda sering melakukan penerbangan yang tidak berjadwal (bukan menggunakan maskapai penerbangan umum berjadwal)?

<b>PP :</b>	<b>TT :</b>	<b>TT 1 :</b>	<b>TT 2 :</b>	<b>TT 3 :</b>	<b>TT 4 :</b>
Ya Tidak					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

18. Mohon diisi dengan Tinggi Badan dan Berat Badan Saat ini

<b>PP :</b> Tinggi Badan _____ cm Berat Badan _____ Kilogram	<b>TT 2 :</b> Tinggi Badan _____ cm Berat Badan _____ Kilogram
<b>TT :</b> Tinggi Badan _____ cm Berat Badan _____ Kilogram	<b>TT 3 :</b> Tinggi Badan _____ cm Berat Badan _____ Kilogram
<b>TT 1 :</b> Tinggi Badan _____ cm Berat Badan _____ Kilogram	<b>TT 4 :</b> Tinggi Badan _____ cm Berat Badan _____ Kilogram

19. Mohon sebutkan jenis pekerjaan saat ini :

<b>PP :</b> _____	<b>TT 2 :</b> _____
<b>TT :</b> _____	<b>TT 3 :</b> _____
<b>TT 1 :</b> _____	<b>TT 4 :</b> _____

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

<b>PP :</b>	<b>TT :</b>	<b>TT 1 :</b>	<b>TT 2 :</b>	<b>TT 3 :</b>	<b>TT 4 :</b>
Ya Tidak					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

Jika ada,sebutkan:

<b>PP :</b> _____	<b>TT 2 :</b> _____
<b>TT :</b> _____	<b>TT 3 :</b> _____
<b>TT 1 :</b> _____	<b>TT 4 :</b> _____

paraf \_\_\_\_\_

## 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, 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.
3. Saya (selanjutnya cukup disebut "Saya" atau "Subjek Data Pribadi") menyatakan dengan tegas telah memahami dan setuju bahwa PT ASURANSI JIWA ASTRA ("PT ASURANSI JIWA ASTRA") memahami pentingnya perlindungan Data Pribadi yang diatur dalam Undang-Undang No. 27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi beserta peraturan-peraturan pelaksanaannya yang berlaku terhadap PT ASURANSI JIWA ASTRA yang diundangkan dari waktu ke waktu (untuk selanjutnya disebut sebagai "UU PDP"). Oleh karena itu, PT ASURANSI JIWA ASTRA berkomitmen untuk melaksanakan ketentuan UU PDP dan peraturan-peraturan terkait maupun pelaksanaannya demi menjaga kerahasiaan dan memastikan perlindungan Data Pribadi milik Subjek Data Pribadi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
4. Saya menyatakan dengan tegas telah memahami dan setuju bahwa berdasarkan ketentuan UU PDP, PT ASURANSI JIWA ASTRA sebagai Pengendali Data Pribadi dengan ini melakukan Pemrosesan Data Pribadi baik dilakukan secara langsung atau dengan menunjuk pihak ketiga sebagai Prosesor Data Pribadi yang meliputi perolehan, pengumpulan, pengolahan, penganalisisan, penyimpanan, perbaikan, pembaruan, penampilan, pengumuman, transfer, penyebarluasan, pengungkapan, penghapusan, dan/atau pemusnahan atas Data Pribadi milik Subjek Data Pribadi (untuk selanjutnya disebut sebagai "Pemrosesan Data Pribadi") melalui penggunaan situs web, aplikasi dan/atau sistem (apabila ada), keikutsertaan program atau kegiatan promosi tertentu dari PT ASURANSI JIWA ASTRA dan/atau pihak ketiga yang bekerja sama maupun memiliki hubungan hukum dengan PT ASURANSI JIWA ASTRA baik secara dalam jaringan (daring) maupun luar jaringan (luring), serta melalui kegiatan, layanan termasuk dalam hal ini layanan pertanggungansan asuransi, produk, dan fitur lainnya yang disediakan dalam situs web, aplikasi dan/atau sistem (apabila ada) (secara bersama-sama untuk selanjutnya disebut sebagai "Layanan").
5. Saya menyatakan dengan tegas telah memahami dan setuju bahwa pemrosesan Data Pribadi milik Subjek Data Pribadi adalah untuk tujuan pengajuan transaksi atau aktivitas berdasarkan dokumen ini dan tujuan-tujuan sebagaimana tercantum di dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJ) yang sebelumnya telah Saya setujui.
6. Saya setuju dan memberikan izin serta kuasa kepada PT ASURANSI JIWA ASTRA untuk menggunakan atau meneruskan informasi atau Data Pribadi Saya yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh PT ASURANSI JIWA ASTRA mencakup pada data-data yang Saya berikan melalui dokumen ini maupun SPAJ, kepada pihak-pihak lain sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia atau pihak-pihak lain yang memiliki kerjasama dengan PT ASURANSI JIWA ASTRA, termasuk tapi tidak terbatas pada pihak penyedia layanan kesehatan (rumah sakit/klinik/puskesmas/laboratorium/tenaga medis) dan penyedia jasa administrasi kesehatan (Third-Party Administrator) dalam rangka pertanggungansan asuransi, penyedia jasa pencetakan dan pengiriman polis, Otoritas Jasa Keuangan (OJK), Bank Indonesia, Pusat Pelaporan dan Analisis Transaksi Keuangan (PPATK), Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK), pengadilan, badan arbitrase maupun lembaga penyelesaian sengketa asuransi, Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil (DUKCAPIL), perusahaan reasuransi, perusahaan asuransi, lembaga pemerintah atau badan hukum lain termasuk yang tergabung di dalam Grup Astra baik di dalam maupun luar negeri yang memiliki hubungan kerjasama dengan PT ASURANSI JIWA ASTRA dalam rangka pembayaran klaim, pengalihan risiko pertanggungansan, pelayanan nasabah, analisa data, survey nasabah, maupun penawaran produk lain.
7. Saya menyatakan dengan tegas telah mengetahui dan memahami bahwa Saya memiliki beberapa hak selaku Subjek Data Pribadi yang mencakup hak untuk mendapatkan informasi, memperoleh akses dan/atau salinan Data Pribadi, melengkapi, memperbaiki, dan/atau memperbaiki kesalahan dan/atau ketidakakuratan Data Pribadi, mengakhiri Pemrosesan Data Pribadi, menghapus Data Pribadi, portabilitas, interoperabilitas, menarik kembali persetujuan Pemrosesan Data Pribadi, menunda atau membatasi Pemrosesan Data Pribadi secara proporsional dan menggugat dan menerima ganti rugi apabila terjadi pelanggaran Pemrosesan Data Pribadi berdasarkan kesalahan maupun kelalaian PT ASURANSI JIWA ASTRA yang secara langsung merugikan Saya berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
8. Saya menyatakan dengan tegas telah memahami dan setuju bahwa apabila Saya hendak mengajukan permintaan untuk melaksanakan hak-hak Subjek Data Pribadi, Saya akan menyampaikannya kepada PT ASURANSI JIWA ASTRA melalui saluran/kontak perusahaan yang berlaku. Saya juga memahami bahwa pelaksanaan hak tersebut dapat mengakibatkan penghentian maupun gangguan penyediaan Layanan, penghapusan akun, dan/atau pengakhiran hubungan kontraktual antara Saya dengan PT ASURANSI JIWA ASTRA (sebagaimana relevan dengan hak yang dilaksanakan). PT ASURANSI JIWA ASTRA akan melakukan proses verifikasi dan penyaringan terhadap semua permintaan Saya untuk melaksanakan hak Saya selaku Subjek Data Pribadi. Saya juga memahami bahwa guna melakukan hal tersebut terhadap wewenang Saya untuk mengajukan permintaan, PT ASURANSI JIWA ASTRA mungkin meminta Saya untuk memberikan informasi atau dokumentasi pendukung untuk menguatkan permintaan tersebut. Setelah terverifikasi, maka PT ASURANSI JIWA ASTRA akan menginformasikan Saya terkait dengan konsekuensi untuk pelaksanaan hak Saya. Setelah mendapatkan persetujuan Saya atas konsekuensi tersebut, PT ASURANSI JIWA ASTRA akan memperlakukan permintaan Saya dalam batas waktu yang ditentukan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku.
9. Saya menyatakan dengan tegas telah mengetahui dan memahami bahwa ketentuan lebih lanjut terkait dengan Pemrosesan Data Pribadi termasuk Hak Subjek Data Pribadi dapat diakses dan dibaca pada laman melalui link berikut: <https://www.astralife.co.id/pemberitahuan-privasi/> ("Pemberitahuan Privasi"). Pernyataan atas pemahaman dan persetujuan terhadap Pemrosesan Data Pribadi sebagaimana tercantum pada dokumen ini merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dengan Pemberitahuan Privasi dan oleh karenanya Pernyataan atas pemahaman dan persetujuan terhadap Pemrosesan Data Pribadi yang diberikan oleh Subjek Data Pribadi pada dokumen ini juga merupakan persetujuan terhadap ketentuan yang diatur di dalam Pemberitahuan Privasi. Setiap pertanyaan maupun keluhan sehubungan dengan kegiatan Pemrosesan Data Pribadi yang PT ASURANSI JIWA ASTRA lakukan, termasuk apabila Saya bermaksud menggunakan hak selaku Subjek Data Pribadi, maka dapat menghubungi PT ASURANSI JIWA ASTRA melalui: Email ke [hello@astralife.co.id](mailto:hello@astralife.co.id) Telepon: 1500 282 WhatsApp: 08952-1500282. Melalui surat kepada PT ASURANSI JIWA ASTRA, Pondok Indah Office Tower 3, Lantai 1, Jl. Sultan Iskandar Muda Kav. V-TA, Pondok Indah, Jakarta Selatan 12310, Indonesia.
10. 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 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 kesepatan Saya dan/atau tertanggung sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh PT ASURANSI JIWA ASTRA dan ketentuan peraturan perundang-undangan 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 Nama Tertanggung

Tanda tangan dan Nama Tertanggung Tambahan 1

Tanda tangan dan Nama Tertanggung Tambahan 2

Tanda tangan dan Nama Tertanggung Tambahan 3

Tanda tangan dan Nama Tertanggung 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 : \_\_\_\_\_

paraf \_\_\_\_\_

6 dari 6  
POS/5.0/0225

### Aplikasi Layanan Nasabah Astra Life dalam Genggaman



**my Portfolio**  
Gabungkan semua polis Astra Life kamu untuk kemudahan mengakses manfaat dan melihat portfolio perlindunganmu.

**my Fund**  
Pantau portofolio dana *unit link* hingga lakukan pengalihan dana investasi dalam satu aplikasi.

**my Claim**  
Anti ribet untuk pengajuan klaim kamu.

**my Billing**  
No worry skip bayar tagihan premi dan pantau riwayat pembayaran sebelumnya.

**my e-Card**  
Akses e-card jadi lebih mudah untuk klaim di Rumah Sakit.

**my Pension**  
Lebih mudah akses dan pantau pertumbuhan dana pensiun kamu.

Download sekarang di



### Pusat Informasi dan Layanan Pengaduan

Syarat dan ketentuan yang berlaku terkait Produk Asuransi ini dapat diperoleh pada media berikut ini:

Contact Center Hello Astra Life



**E-mail & Whatsapp**  
[hello@astralife.co.id](mailto:hello@astralife.co.id)  
Senin - Jumat, 08.00 - 16.00 WIB  
**08952-1500282**  
Senin - Jumat, 08.00 - 19.00 WIB

**Website & Social Media**  
[www.astralife.co.id](http://www.astralife.co.id)  
[@astralifeID](https://www.instagram.com/astralifeID)

**Surat Menyurat & Walk-In Customer**  
**PT ASURANSI JIWA ASTRA**  
Pondok Indah Office Tower 3, Lantai 1  
Jl. Sultan Iskandar Muda Kav. V - TA  
Pondok Indah, Jakarta Selatan 12310