astra life

member of ASTRA

FORMULIR TINJAU ULANG KEPUTUSAN TIDAK STANDAR

- 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 menandatanganinya.
- 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 maximal 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) : _____

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:

1. 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.
2. Seluruh Biaya pemeriksaan kesehatan sehubungan dengan pengajuan ini akan dibebankan kepada Pemegang Polis.
3. PT ASURANSI JIWA ASTRA sepenuhnya berhak untuk menolak pengajuan tinjau ulang atas keputusan tidak standar ini atas sebab apapun.
4. PT ASURANSI JIWA ASTRA sepenuhnya berhak untuk meminta pemeriksaan kesehatan lanjutan maupun persyaratan tambahan lainnya.
5. 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.
6. 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 pelindungan Data Pribadi yang diatur dalam Undang-Undang No. 27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi beserta peraturan-peraturan pelaksananya 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 pelaksananya demi menjaga kerahasiaan dan memastikan pelindungan Data Pribadi milik Subjek Data Pribadi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
7. 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 pertanggungan asuransi, produk, dan fitur lainnya yang disediakan dalam situs web, aplikasi dan/atau sistem (apabila ada) (secara bersama-sama untuk selanjutnya disebut sebagai "Layanan") ;
8. 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;
9. 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 perundangan 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 pertanggungan 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 pertanggungan, pelayanan nasabah, analisa data, survey nasabah, maupun penawaran produk lain;
10. 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 menggungat 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;
11. 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;
12. 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 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 _____

astra life
member of ASTRA

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
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

_____

2. Apakah Polis atau permintaan asuransi sebagaimana dimaksud dalam butir 1 di atas 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 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 **TT 3** : _____ Unit/Minggu
TT 1 : _____ Unit/Minggu **TT 4** : _____ 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; hypercholesterol; 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:

_____

paraf _____

astra life
member of ASTRA

8. Apakah Anda pernah mendapatkan pengobatan atau perawatan apapun selama lebih dari 4 minggu?

PP :		TT :		TT 1 :		TT 2 :		TT 3 :		TT 4 :	
Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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?

PP :		TT :		TT 1 :		TT 2 :		TT 3 :		TT 4 :	
Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jika "Ya", mohon sebutkan alasannya : _____

10. **Khusus untuk Tertanggung anak:**

a. Proses kelahiran:

TT :	☐ Normal	☐ Prematur	☐ Kelainan/Cidera	**TT 3 :**	☐ Normal	☐ Prematur	☐ Kelainan/Cidera
TT 1 :	☐ Normal	☐ Prematur	☐ Kelainan/Cidera	**TT 4 :**	☐ Normal	☐ Prematur	☐ Kelainan/Cidera
TT 2 :	☐ Normal	☐ Prematur	☐ Kelainan/Cidera				

b. Tinggi dan Berat Badan pada saat lahir:

TT	:	_____	cm	_____	kilogram	**TT 3**	:	_____	cm	_____	kilogram
TT 1	:	_____	cm	_____	kilogram	**TT 4**	:	_____	cm	_____	kilogram
TT 2	:	_____	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)?

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

Jika "Ya", sebutkan dan jelaskan: _____

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), amphetamin, heroin atau narkotik lainnya?

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

14. **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

paraf _____

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: _____

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?

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: _____

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?

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

17. 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
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

PP :	Tinggi Badan	_____	cm	Berat Badan	_____	Kilogram	**TT 2 :**	Tinggi Badan	_____	cm	Berat Badan	_____	Kilogram
TT :	Tinggi Badan	_____	cm	Berat Badan	_____	Kilogram	**TT 3 :**	Tinggi Badan	_____	cm	Berat Badan	_____	Kilogram
TT 1 :	Tinggi Badan	_____	cm	Berat Badan	_____	Kilogram	**TT 4 :**	Tinggi Badan	_____	cm	Berat Badan	_____	Kilogram

19. Mohon sebutkan jenis pekerjaan saat ini :

PP : _____ **TT2** : _____

TT : _____ **TT3** : _____

TT1 : _____ **TT4** : _____

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

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

Jika ada,sebutkan:

PP : _____ **TT2** : _____

TT : _____ **TT3** : _____

TT1 : _____ **TT4** : _____

paraf _____

astra life

member of ASTRA

Pernyataan dan Persetujuan Pemegang Polis

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Semua jawaban-jawaban dari seluruh pertanyaan tersebut merupakan dasar dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis dan apabila ternyata jawaban/keterangan yang saya berikan tidak benar maka PT ASURANSI JIWA ASTRA berhak menolak pengajuan ataupun membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan Polis.
2. Memberikan kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, Puskesmas, perusahaan asuransi atau organisasi lain, lembaga/badan hukum atau perorangan yang memiliki catatan atau informasi mengenai diri saya atau kesehatan saya untuk menyerahkan kepada PT ASURANSI JIWA ASTRA setiap dan seluruh informasi mengenai diri Saya yang dibutuhkan sehubungan dengan kesehatan Saya dan sejarah medis dan setiap pengobatan/perawatan di rumah sakit, nasihat, diagnosa, perawatan atau penyakit atau gejala penyakit, Saya juga memberikan persetujuan untuk diadakan investigasi pribadi semasa saya hidup dan sesudah Saya meninggal dunia. Salinan(fotocopy) dari surat kuasa ini akan sama sah dan kuatnya dengan yang asli.
3. Saya (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 pelindungan Data Pribadi yang diatur dalam Undang-Undang No. 27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi beserta peraturan-peraturan pelaksananya 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 pelaksananya demi menjaga kerahasiaan dan memastikan pelindungan 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 pertanggungan 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 perundangan 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 pertanggungan 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 pertanggungan, 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, 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 menggungat 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 memberlakukan 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 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)

Tanda tangan dan Nama Pemegang Polis	Tanda tangan dan NamaTertanggung	Tanda tangan dan Nama Tertanggung Tambahan 1
Tanda tangan dan Nama Tertanggung Tambahan 2	Tanda tangan dan NamaTertanggung 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 _____

Aplikasi Layanan Nasabah Astra Life dalam Genggaman

my astra life

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

my Claim Anti ribet untuk pengajuan klaim kamu.

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

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

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

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

Download sekarang di

Get it on Google Play | Download on the App Store

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
1500282
Senin - Minggu, 24 jam

E-mail & Whatsapp
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
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

PT ASURANSI JIWA ASTRA berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan