

## FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN POLIS NON 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>	:	<input type="text"/>
Nama Pemegang Polis (PP)	:	<input type="text"/>		
Alamat Sesuai Identitas	:	<input type="text"/>		
		Kota/Provinsi :		Kode Pos :
Kewarganegaraan Pemegang Polis :	:	<input type="text"/>		

**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 Sesudah Perubahan
Pemegang Polis	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tertanggung	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Perubahan Penerima Manfaat**

No.	Nama Penerima Manfaat	Hubungan dengan Tertanggung	Tanggal Lahir (Tgl/Bln/Thn)	%	Jenis Kelamin (L/P)	Nomor Identitas
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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	: <input type="text"/>
Alamat Korespondensi	: <input type="text"/>
Telepon Rumah	: <input type="text"/> - <input type="text"/> Telepon Kantor : <input type="text"/>
Telepon Seluler	: <input type="text"/> - <input type="text"/> Email : <input type="text"/>
Alasan Perubahan	: <input type="text"/>
Pemegang Kartu US Green Card/ izin tinggal tetap di Amerika Serikat :	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

paraf \_\_\_\_\_



**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 (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?

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

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

Jika "Ya", berapa batang per hari?

PP : \_\_\_\_\_ batang/hari TT 2 : \_\_\_\_\_ batang/hari  
 TT : \_\_\_\_\_ batang/hari TT 3 : \_\_\_\_\_ batang/hari  
 TT 1 : \_\_\_\_\_ batang/hari TT 4 : \_\_\_\_\_ 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 TT 2 : \_\_\_\_\_ 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; kantung 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 : TT 1 : TT 2 : TT 3 : TT 4 :  
 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 : TT 1 : TT 2 : TT 3 : TT 4 :  
 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?

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

Jika "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 :

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

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)?

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

Jika "Ya", sebutkan alasannya :

\_\_\_\_\_

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?

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

12. 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	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"/>
<b>PP :</b>	_____ Minggu	<b>TT 2 :</b>	_____ Minggu	<b>TT 3 :</b>	_____ Minggu
<b>TT :</b>	_____ Minggu	<b>TT 3 :</b>	_____ Minggu	<b>TT 4 :</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	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"/>

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?

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

Jika ada sebutkan 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 ?

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

15. Apakah Anda sering melakukan penerbangan yang tidak terjadwal (bukan menggunakan maskapai penerbangan umum terjadwal)?

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

16. Apakah ada perubahan berat badan dan tinggi badan dalam 2 tahun terakhir ini?

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

<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

17. Apakah ada perubahan pekerjaan 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	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Jika ada, sebutkan jenis pekerjaan saat ini :

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

18. 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	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Jika ada, sebutkan :

<b>PP :</b> _____	<b>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 :

- 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 dengan ini memberikan izin dan kuasa kepada PT ASURANSI JIWA ASTRA selaku Penanggung dan Pengendali sekaligus Prosesor Data Pribadi untuk memproses data dan informasi pribadi Saya untuk keperluan dan tujuan sebagaimana maksud dari pengajuan atau penggunaan dokumen ini. Izin dan kuasa di dalam dokumen ini merupakan penegasan dari Persetujuan Atas Penggunaan Data Pribadi dan Pernyataan sebagaimana tercantum di dalam SPAJ. Data Pribadi Saya adalah yaitu mencakup nama, alamat, tanggal kelahiran, jenis kelamin, kewarganegaraan, agama, status perkawinan, nomor telepon, alamat e-mail, data dan informasi kesehatan, data genetika, data anak (jika ada), data keuangan pribadi atau data dan informasi mengenai Saya yang akan diberikan kemudian kepada PT ASURANSI JIWA ASTRA.
- Saya memahami bahwa PT ASURANSI JIWA ASTRA akan memproses Data Pribadi Saya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku mengenai perlindungan data pribadi (Peraturan Data Pribadi), dan oleh karenanya Saya dapat menggunakan segala hak yang diberikan selaku Subjek Data Pribadi berdasarkan Peraturan Data Pribadi, yaitu mengakhiri, menghapus, memusnahkan atau menarik kembali persetujuan pemrosesan Data Pribadi, atau menunda dan membatasi pemrosesan Data Pribadi, atau terdapat perubahan atau perbaikan atas Data Pribadi yang telah SAYA berikan kepada PT ASURANSI JIWA ASTRA, atau mendapatkan informasi lebih lanjut (mendapatkan akses) atas pemrosesan Data Pribadi termasuk menggunakan dan mengirimkan Data Pribadi kepada pihak ketiga, atau mengajukan keberatan atas pemrosesan Data Pribadi. Saya bersedia untuk mengikuti prosedur yang diberlakukan oleh PT ASURANSI JIWA ASTRA atas pemenuhan hak tersebut. Saya mengerti bahwa pengakhiran, penghapusan, pemusnahan, penarikan kembali persetujuan, penundaan dan pembatasan dalam pemrosesan Data Pribadi dapat berakibat terhadap kelangsungan pertanggungans asuransi Saya atau terbatasnya pelayanan yang dapat diberikan oleh PT ASURANSI JIWA ASTRA karena ketiadaan Data Pribadi saya. Saya juga mengerti dan memahami bahwa PT ASURANSI JIWA ASTRA dapat menentukan kategori pemrosesan Data Pribadi yang memang relevan dengan hak SAYA selaku Subjek Data Pribadi untuk mengajukan pengakhiran, penghapusan, pemusnahan atau penarikan kembali persetujuan atau penundaan atau pembatasan pemrosesan Data Pribadi.
- Saya dengan ini memberikan izin dan kuasa kepada PT ASURANSI JIWA ASTRA untuk menggunakan, memberikan dan melakukan pertukaran informasi atau keterangan mengenai Saya yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh PT ASURANSI JIWA ASTRA (sesuai yang tercantum pada dokumen ini atau sarana lain) serta melakukan transfer Data Pribadi kepada pengendali data pribadi lainnya atau prosesor data pribadi baik di dalam maupun luar wilayah Republik Indonesia, dan kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan asuransi, reasuransi, bank, pembiayaan, maupun perusahaan jasa keuangan lainnya, lembaga, asosiasi, atau badan hukum lain, serta organisasi atau entitas lainnya baik di dalam maupun di luar negeri baik yang memiliki hubungan kerjasama dengan PT ASURANSI JIWA ASTRA atau berdasarkan pengaturan tertentu dari pihak-pihak yang berwenang yang melandasi penggunaan, pemberian, dan pertukaran informasi atau keterangan sebagaimana dimaksud butir ini, selanjutnya seluruhnya disebut "Pihak Ketiga") dalam rangka pengajuan dokumen ini, ketentuan Polis, pembayaran klaim, pelayanan nasabah sesuai dengan fitur produk asuransi, pelaksanaan ketentuan Polis, survey kepuasan nasabah, keperluan pertanggungans dan pelayanan asuransi, analisa data, verifikasi dan validasi data baik oleh PT ASURANSI JIWA ASTRA maupun Pihak Ketiga, serta segala hal yang berkaitan dengannya, maupun untuk tujuan hukum dan perundang-undangan.
- 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 kepesertaan Saya dan/atau tertanggung sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh PT ASURANSI JIWA ASTRA dan ketentuan peraturan perundang 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	<b>DIISI OLEH PETUGAS PEMASARAN ASTRA LIFE YANG MELAYANI TRANSAKSI DALAM FORMULIR INI</b> Nama Petugas Pemasaran : _____ No. Tlp Petugas Pemasaran : _____	

paraf \_\_\_\_\_

### Aplikasi Layanan Nasabah Astra Life dalam Genggaman



#### 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

#### 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



**1 500 282**

Senin - Minggu, 24 jam

#### E-mail & Whatsapp



hello@astralife.co.id



08952-1500282

Senin - Jumat, 09.00 - 16.00 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