

PERMOHONAN ASURANSI JIWA (DEWASA)
DAN KECELAKAAN & KESEHATAN
PT AVRIST ASSURANCE



No. Polis 2 0 9 5 5 7 5 4 1 2

☐ Dengan Pemeriksaan Medis ☒ Tanpa Pemeriksaan Medis

Nama Agen AVRISTAdmin

No. Kode Agen A V R I S T . a d m

Agency

A. DATA CALON TERTANGGUNG - Harap gunakan HURUF CETAK. Isilah atau beri tanda (✓) di dalam kotak dan coret yang tidak dipilih pada tanda (*).

A.1. Nama Lengkap (seperti tercantum pada KTP/SIM/Paspor)*

g g

A.2. Alamat Tempat Tinggal

asdads

Kota/Propinsi a s d a d

Kode Pos 1 2 3 3 2

No. Telepon -

Hand Phone

E-mail

Apakah Anda bersedia mendapatkan informasi mengenai tagihan atau produk Avrist melalui SMS? Ya ☐ Tidak ☒

A.3. Pekerjaan (sebutkan tugas sebenarnya)

adasd

A.4. Nama Perusahaan

adasd

A.5. Jenis Usaha

A.6. Alamat Perusahaan

Kota/Propinsi

Kode Pos

No. Telepon -

E-mail

B. DATA PEMOHON/PEMILIK POLIS - Jika lain dari Calon Tertanggung

B.1. Nama Lengkap (seperti tercantum pada KTP/SIM/Paspor)*

h j u h i u n

B.2. Alamat Tempat Tinggal (Jika berbeda dengan A.2)

drdsr

Kota/Propinsi f y t u u

Kode Pos 1 2 3 1 2

No. Telepon -

Hand Phone

Apakah Anda bersedia mendapatkan informasi mengenai tagihan atau produk Avrist melalui SMS? Ya ☐ Tidak ☒

E-mail

B.3. Pekerjaan (sebutkan tugas sebenarnya)

asdads

A.7.No. Kartu Pengenal (KTP/SIM/Paspor)*

1 2 3 1 2 3

A.8.Jenis Kelamin Pria ☒ Wanita ☐

A.9.Status Belum Kawin ☐ Janda/Duda ☐

Kawin ☒ Cerai ☐

A.10.Umur pada Ulang Tahun Terakhir 2 4

Tanggal Lahir Hari Bulan Tahun 1 8 / 0 4 / 1 9 9 4

A.11.Kewarganegaraan

(Hanya diisi oleh WNA)

A.12.Taxpayer ID No.

(untuk Warganegara atau Penduduk Amerika Serikat)

A.13.Penghasilan Bersih per tahun

123,123.00

A.14.NPWP Pribadi (Jika ada)

A.15.Sumber Dana untuk pembayaran premi

Gaji/Hasil Usaha ☐ Tabungan/Deposito ☐

Lainnya (sebutkan)

Hasil Usaha

A.16.Tujuan Asuransi

123123

A.17. Alamat Surat-menyurat

Tempat Tinggal ☒ Perusahaan ☐

B.4. Jenis Kelamin Pria ☒ Wanita ☐

B.5. Status Belum Kawin ☒ Janda/Duda ☐

Kawin ☐ Cerai ☐

B.6. Umur pada Ulang Tahun 2 2

Tanggal Lahir Hari Bulan Tahun 1 8 / 0 5 / 1 9 9 6

B.7. Kewarganegaraan

(Hanya diisi oleh WNA)

B.8. Taxpayer ID No.

(untuk warga negara atau penduduk Amerika Serikat)

B.9. Penghasilan Bersih per Tahun

12,312,323.00

B. 10. NPWP (Jika ada)

No. Polis 2095575412

B.11. Nama Perusahaan dasda

B.12. Jenis Usaha

B.13. Alamat Perusahaan

Kota/Propinsi Kode Pos

No. Telepon -

E-mail

B.14. No. Kartu Pengenal (KTP/SIM/PASPOR)*

123123

B. 15. Sumber Dana untuk Pembayaran Premi

Gaji/Hasil Usaha Tabungan/Deposito

Lainnya (sebutkan)

B.16. Tujuan Asuransi

123132

B. 17. Alamat Surat-menyurat

Tempat Tinggal Perusahaan

B.18. Hubungan dengan Calon Tertanggung

Paman

C. KETERANGAN MENGENAI INFORMASI BANK PEMOHON

C.1. Nama Bank

BANK ANDARA

C.2. Nama Cabang

asdad

C.3. Nama Pemilik Rekening

asdad

C. 4 NPWP (Jika ada)

123123

C.5 Mata Uang Rekening

Rp US\$

D. DATA YANG DITUNJUK - Semua Yang Ditunjuk akan mendapat bagian yang sama besar kecuali dinyatakan lain.

Yang Ditunjuk harus memiliki hubungan kepentingan dengan Tertanggung, seperti istri/suami, anak kandung, orang tua kandung atau saudara kandung. Harap menanyakan kepada Perusahaan sebelum mengisi kolom ini.

Nama Yang Ditunjuk	(L/P)	Tanggal Lahir	Hubungan Keluarga	%
asdad	L	18/05/2017	Paman	100

E. KETERANGAN MENGENAI ASURANSI YANG DIMOHONKAN

I. PERMOHONAN ASURANSI KECELAKAAN DAN KESEHATAN

1.a. Produk Asuransi

b. Jenis Plan

Silver Gold

Platinum

c. Keterangan Tambahan untuk Asuransi Kesehatan

Merokok Tidak Merokok

Perorangan Keluarga*

*Harap isi Bagian G dan J untuk Anggota Keluarga jika bagian ini dipilih

2. Mata Uang

Rp US\$

3. PREMI TAHUNAN

4. JUMLAH PREMI YANG DIBAYARKAN

II. PERMOHONAN ASURANSI JIWA

1. POLIS DASAR

a. Produk Asuransi

b. Mata Uang

Rp US\$

c. Jumlah Uang Pertanggungan

2. FAEDAH TAMBAHAN - Jenis dan Jumlah Pertanggungan Faedah Tambahan

3. CARA PEMBAYARAN PREMI

Tahunan Tengah Tahunan Tiga-Bulanan Bulanan

Tunggal

4. JUMLAH PREMI YANG DIBAYARKAN

III. PERMOHONAN ASURANSI JIWA DENGAN INVESTASI

1. POLIS DASAR

a. Produk Asuransi

AVRIST INVESTMENT PLUS

b. Mata Uang

Rp US\$

c. Jumlah Uang Pertanggungan

15,000,000.00

d. Jumlah Premi Berkala

3,000,000.00

e. Jumlah Premi Tunggal

f. Cara Pembayaran Premi Berkala

Tahunan Tengah Tahunan Tiga-Bulanan Bulanan

2. FAEDAH TAMBAHAN - Jenis dan Jumlah Pertanggungan Faedah TambahanI

☒ ADDUDRRP 15,000,000

3. TOP-UP ADHOC

Jumlah Premi Top-Up AdHoc

4. TOP-UP BERKALA

Jumlah Premi Top-Up Berkala

5. JUMLAH PREMI YANG DIBAYARKAN (JUMLAH PREMI DASAR +RIDER + TOP-UP)

3,000,000.00

6. ALOKASI PREMI UNTUK INVESTASI

Polis Rupiah	Polis US Dollar	Premi Dasar	Premi Top-Up AdHoc	Premi Top-Up Berkala
Avrist Link Assured	Avrist Link Assured			
Avrist Link Advised			
Avrist Link Aggressive	100%		
Avrist Link Access Cash			
Total		100%		

F. DATA CALON TERTANGGUNG UNTUK KONTRAK TAMBAHAN PEMOHON/PASANGAN - Untuk Permohonan Asuransi Jiwa

Nama Pemohon/Pasangan (sesuai KTP/SIM/Paspor)*		No. Kartu Pengenal (KTP/SIM/Paspor)*		Tanggal Lahir (Hari/Bulan/Tahun)	Usia Ulang Tahun Terakhir
(L/P)	Pekerjaan (tugas sebenarnya)	Tinggi (cm)	Berat (kg)	Apakah ada perubahan berat badan dalam setahun terakhir? Jika "Ya", berapa banyak dan mengapa?	
Nama dan alamat Dokter keluarga/langganan Anda				Sebutkan tanggal, alasan dan hasil konsultasi terakhir	

G. DATA ANGGOTA KELUARGA (Sebagai Tertanggung dalam Plan Keluarga) - Untuk Permohonan Asuransi Kecelakaan & Kesehatan)

Nama	Tanggal Lahir (Hari/Bln/Thn)	No.KTP/SIM/ Paspor/Akte Lahir	Pekerjaan	Tinggi (cm)/ Berat (kg)	Perubahan berat (kg) dalam 12 bulan terakhir	Hubungan Keluarga	Plan

H. KETERANGAN MENGENAI ASURANSI YANG TELAH DIMILIKI SEBELUMNYA

1. Apakah Anda saat ini sudah memiliki atau sedang mengajukan permohonan asuransi atas diri Anda?
Jika "Ya", harap berikan keterangan terperinci (sebutkan Nomor Polis jika ada):

Tertanggung		Pemohon/Pasangan /Anggota Keluarga	
Tidak	Ya	Tidak	Ya
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nama Perusahaan Asuransi	Tanggal Polis	Nomor Polis	Jumlah Uang Pertanggungan		
			Jiwa	Penyakit Kritis	Kecelakaan

2. Apakah Anda mengganti atau bermaksud mengganti polis yang sudah Anda miliki dengan permohonan polis ini dalam 12 bulan terakhir atau yang akan datang?

Saya menyadari bahwa jika saya menjawab pertanyaan di atas dengan 'Tidak', tetapi sebenarnya permohonan ini untuk menggantikan atau akan digunakan untuk menggantikan polis asuransi jiwa saya dalam waktu 12 bulan terakhir atau yang akan datang, saya dapat merusak hak saya di kemudian hari jika ternyata saya tidak mendapatkan keuntungan dengan mengambil polis asuransi yang baru tersebut.

Tertanggung		Pemohon/Pasangan /Anggota Keluarga	
Tidak	Ya	Tidak	Ya
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 3.a. Pernahkah permohonan Anda untuk menutup asuransi jiwa, penyakit kritis, kecelakaan, cacat, kesehatan, atau polis asuransi lainnya yang berhubungan dengan kesehatan ditolak, ditangguhkan, dikenakan tarif tambahan atau diubah ketentuannya?
- b. Pernahkah permohonan Anda untuk menutup atau memulihkan asuransi jiwa anda ditunda?
Jika "Ya" untuk salah satu/dua pertanyaan di atas, berikan penjelasan (sebutkan Nomor Polis jika ada)

Jenis Pertanggung	Nama Perusahaan Asuransi	Nomor Polis	Tanggal	Alasan

I. KETERANGAN LAIN-LAIN

1. Apakah Anda sekarang ini adalah anggota Angkatan Bersenjata/Kepolisian?
2. Apakah Anda melakukan atau pernah melakukan olahraga yang penuh risiko (misalnya mendaki gunung, terjun payung, layang gantung, olahraga bermotor, menyelam, dll.) atau melakukan penerbangan selain sebagai penumpang pesawat komersial yang berjadwal?
3. Apakah Anda pernah tinggal di tempat/negara lain selama lebih dari 3 bulan?
Jika "Ya", kapan, dimana dan lama tinggal.
4. Penjelasan untuk jawaban "Ya" di atas.

Tertanggung		Pemohon/Pasangan /Anggota Keluarga	
Tidak	Ya	Tidak	Ya
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J. PERTANYAAN KESEHATAN - UNTUK PERMOHONAN ASURANSI JIWA NON-MEDIS DAN ASURANSI KECELAKAN DENGAN FAEDAH KESEHATAN

(untuk Asuransi Kecelakaan tanpa faedah kesehatan, hanya mengisi pertanyaan 1 & 2)

- 1 .a. Tinggi Badan (cm) 166 b. Berat Badan (kg) 66 c. Apakah ada perubahan berat badan dalam setahun terakhir ini? ☒ Tidak ☐ Ya

Jika "Ya", berapa banyak dan mengapa?

- d. Nama dan alamat Dokter keluarga/langganan Anda

Sebutkan tanggal, alasan dan hasil konsultasi terakhir

2. Apakah Anda mempunyai cacat fisik atau kelainan kesehatan?

3. Apakah Anda pernah menggunakan obat-obatan terlarang/narkoba atau pernah dirawat karena kecanduan narkoba?

4. Dalam 12 bulan terakhir ini apakah Anda menggunakan atau pernah menggunakan produk dari tembakau(termasuk tapi tidak terbatas pada rokok, cerutu, pipa dan tembakau kunyah)? Jika "Ya" berikan penjelasan.
Jika Anda telah berhenti menggunakan produk dari tembakau, jelaskan kapan dan alasannya, misalnya: nasihat dokter, dll.

Tertanggung		Pemohon/Pasangan/ Anggota Keluarga	
Tidak	Ya	Tidak	Ya
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Jenis Tembakau	Konsumsi Rata-rata Harian	Lamanya (tahun)
Tertanggung			
Pemohon/Pasangan/ Anggota Keluarga			
	Tanggal Berhenti	Alasan	
Tertanggung			
Pemohon/Pasangan/ Anggota Keluarga			

9. Selama lima tahun terakhir ini, pernahkah Anda mendapatkan:

- a. pemeriksaan diagnostik seperti sinar X (rontgen), elektrokardiogram (EKG), ekhokardiogram, mammografi, ultrasonografi (USG), CT-Scan, biopsi, pemeriksaan genetik, pemeriksaan darah atau urin, dan pemeriksaan lainnya?

Jika "Ya", berikan penjelasan sebagaimana ditunjukkan di bawah ini:

Tertanggung		Pemohon/Pasangan /Anggota Keluarga	
Tidak	Ya	Tidak	Ya
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tertanggung

Pemohon/Pasangan/
Anggota Keluarga

Jenis Pemeriksaan	Tanggal	Klinik/Rumah Sakit	Alasan	Hasil

- b. penyakit, luka, operasi, nasihat medis, perawatan rumah sakit atau pemeriksaan fisik yang belum disebutkan di atas? Jika "Ya", berikan penjelasan sebagaimana ditunjukkan di bawah ini:

Tertanggung		Pemohon/Pasangan /Anggota Keluarga	
Tidak	Ya	Tidak	Ya
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tertanggung

Pemohon/Pasangan/
Anggota Keluarga

Keadaan	Tanggal	Klinik/Rumah Sakit	Pengobatan	Hasil

10. Apakah ada diantara orangtua atau saudara kandung Anda yang meninggal karena atau menderita kanker, penyakit jantung, stroke, tekanan darah tinggi, diabetes, penyakit ginjal, gangguan mental, tuberculosis (TBC), atau segala macam penyakit keturunan?

Jika "Ya", berikan penjelasan di bawah ini:

Tertanggung		Pemohon/Pasangan /Anggota Keluarga	
Tidak	Ya	Tidak	Ya
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tertanggung

Pemohon/Pasangan/
Anggota Keluarga

Hubungan Keluarga	Usia waktu menderita	Usia saat ini	Penyakit	Usia waktu meninggal (jika sudah meninggal)

11. Hanya Untuk Wanita

- a. Apakah Anda pernah menderita atau menemukan adanya benjolan pada payudara atau kelainan lainnya pada payudara?
- b. Apakah ada anggota keluarga Anda yang pernah menderita kanker payudara (termasuk pada nenek, ibu, bibi, kakak atau adik)?
- c. Pernahkan Anda mengalami haid yang tidak teratur, nyeri dan berlebihan banyaknya, menderita fibroid, kista, atau kelainan lainnya pada organewanitaan?
- d. Pernahkah Anda mendapatkan hasil test papsmear yang abnormal atau diberitahu oleh dokter untuk mengulang test papsmear dalam enam bulan berikutnya?
- e. Apakah Anda sedang hamil?
Jika "Ya", sebutkan berapa minggu usia kehamilan Anda.
- f. Pernahkan Anda menderita komplikasi selama kehamilan Anda sebelum ini atau pada waktu melahirkan?

Tertanggung		Pemohon/Pasangan /Anggota Keluarga	
Tidak	Ya	Tidak	Ya
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Jika ada jawaban dari pertanyaan bagian J yang dijawab "Ya", berikan keterangan selengkapnyadengan menunjuk kepada nomor pertanyaannya.

K. PERMINTAAN KHUSUS

- ☐ Back Date ke tanggal

Hari

Bulan

Tahun

(Hanya berlaku untuk asuransi jiwa tanpa investasi)
- ☐ Lain-lain:

L. CATATAN/ENDOSEMEN OLEH PERUSAHAAN

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Saya/kami, atas nama diri sendiri dan siapapun, perusahaan atau badan hukum yang mungkin mempunyai kepentingan atau tuntutan terhadap pertanggungan yang dimohonkan ini menyatakan setuju bahwa:

- (A) Tidak ada pernyataan, keterangan ataupun persetujuan yang dibuat atau diberikan oleh atau kepada seseorang termasuk agen perusahaan yang dapat mengikat PT Avrist Assurance (selanjutnya disebut "Perusahaan") kecuali bila diberikan secara tertulis dan disahkan oleh Pejabat Perusahaan yang berwenang sebagaimana tercantum dalam Polis.
- (B) Semua pernyataan dan jawaban yang diberikan dalam formulir permohonan asuransi ini, beserta semua pernyataan dan jawaban yang diberikan dalam pemeriksaan kesehatan, kuesioner atau amandemen, adalah lengkap dan benar, dan saya/kami mengerti bahwa Perusahaan akan mempercayainya dan bertindak atas dasar-dasar tersebut, apabila pernyataan atau jawaban yang diberikan tidak benar maka polis yang dikeluarkan atas dasar tersebut akan menjadi batal.
- (C) Semua pembayaran yang dilakukan yang berhubungan dengan aplikasi ini tidak menjamin disetujuinya perlindungan yang dimohonkan. Asuransi yang dimohonkan hanya akan berlaku apabila polis sudah dikeluarkan dan diserahkan kepada saya/kami dan premi pertama dibayar penuh selagi saya/kami masih dalam keadaan sehat dan masih hidup. Akan tetapi jika premi atas polis ini dibayarkan secara tunai pada saat permohonan ini ditandatangani dan untuk itu dikeluarkan Tanda Terima Bersyarat (Conditional Receipt), maka perlindungan asuransi yang berlaku adalah sebagaimana yang tertulis dalam Tanda Terima Bersyarat tersebut.
- (D) Semua pernyataan, keterangan atau jawaban yang diberikan dalam formulir permohonan ini dan dalam pemeriksaan kesehatan, kuesioner atau amandemen bersama-sama dengan polis yang bersangkutan akan merupakan kontrak secara keseluruhan antara para pihak sepanjang keterangan-keterangan tersebut berhubungan dengan polis yang saya/kami mohonkan.
- (E) Polis yang telah dikeluarkan dan saya/kami terima berikut semua surat yang saya/kami tandatangi akan merupakan pengesahan dari saya/kami mengenai semua tambahan dan perubahan yang dibuat oleh Perusahaan dalam kolom "Catatan/Endosemen oleh Perusahaan" dalam formulir permohonan ini atau halaman keterangan polis, yang masing-masing salinannya sudah memberikan bukti yang cukup bagi saya/kami untuk perubahan-perubahan yang dibuat.
- (F) Saya/kami mengerti bahwa bonus, dividen atau segala manfaat lain, yang tidak dijamin yang digambarkan dalam ilustrasi yang diperlihatkan kepada saya/kami oleh agen dan atau perusahaan sebelum atau pada saat surat permohonan asuransi jiwa atau ilustrasi ditandatangani dapat berubah (meningkat atau menurun) dan oleh karenanya tidak dijamin oleh agen dan atau penanggung.

Catatan :

* Dengan membeli Polis ini dan dengan menandatangani permohonan asuransi ini, saya menyatakan bahwa saya bukan seorang warganegara Amerika Serikat yang dimaksud oleh ketentuan perundangan pajak penghasilan dari Pemerintah Federal Amerika Serikat dan saya tidak bertindak untuk atau atas nama seorang warganegara Amerika Serikat.

*Keterangan atau pernyataan salah atau tidak benar mengenai status pajak yang dilakukan oleh seorang warganegara Amerika Serikat dapat dikenakan hukuman berdasarkan hukum Amerika Serikat. Jika status pajak anda berubah dan anda menjadi warganegara atau penduduk tetap Amerika Serikat, maka anda harus memberitahukan Perusahaan dalam waktu 30 hari. (Warganegara atau penduduk tetap Amerika Serikat harus mengisi **mengisi formulir IRS W9** dan mencoret klausa/a ini dan membubuhkan paraf disebe/ah kiri).

SELANJUTNYA, dengan ini saya memberikan kuasa kepada:

- (a) dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi, organisasi, atau badan lainnya ataupun perorangan yang mempunyai catatan data atau mengetahui tentang keadaan kesehatan saya/kami, untuk memberitahukan kepada Perusahaan atau orang yang mewakilinya, semua keterangan mengenai diri saya/kami yang berhubungan dengan kesehatan saya/kami, riwayat penyakit atau perawatan di rumah sakit, nasihat-nasihat dokter, pengobatan atau penyakit.
- (b) Perusahaan atau dokter pemeriksa atau laboratorium yang disetujui Perusahaan, untuk melakukan pemeriksaan atau uji kesehatan yang diperlukan guna melakukan proses underwriting dan penilaian atas keadaan saya/kami sehubungan dengan permohonan asuransi ini dan klaim apapun yang timbul kemudian. Pemeriksaan kesehatan ini dapat meliputi, tapi tidak terbatas pada, pemeriksaan kolesterol dan lemak darah lainnya, diabetes, kelainan hati atau ginjal, AIDS (acquired immunodeficiency syndrome), infeksi oleh HIV (human immunodeficiency virus), kelainan imunitas atau adanya obat-obatan, obat-obatan terlarang/narkoba, nikotin dan metabolitnya.
- (c) Perusahaan untuk menggunakan informasi atau keterangan mengenai diri saya/kami yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh Perusahaan (sesuai yang tercantum dalam Surat Permohonan Asuransi ini atau sarana lain), kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan reasuransi, asuransi, lembaga, bank atau badan hukum lain baik di dalam maupun di luar negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan Perusahaan dalam rangka pengajuan Surat Permohonan Asuransi ini, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, maupun penawaran produk lain kepada saya/kami. Saya/kami juga mengerti bahwa saya/kami berhak untuk melakukan koreksi atau penambahan atas informasi dan keterangan mengenai saya/kami tersebut dengan menghubungi kantor Perusahaan.

Pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali dan mengikat para pengganti/ahli waris saya/kami dan orang yang ditunjuk dan tetap berlaku setelah saya/kami meninggal atau dalam keadaan cacat. Fotokopi surat kuasa ini mempunyai kekuatan yang sama seperti aslinya.

PERINGATAN:

Jika fakta yang bersifat material tidak dinyatakan dalam formulir permohonan ini, maka polis yang dikeluarkan akan dianggap tidak berlaku. Jika Anda ragu-ragu apakah suatu fakta material atau tidak, Anda dianjurkan untuk menyatakannya. Hal ini juga meliputi segala informasi yang mungkin telah Anda berikan kepada agen Anda tapi tidak dinyatakan dalam permohonan ini. Mohon diperiksa kembali apakah Anda sudah benar-benar puas dengan informasi yang Anda nyatakan dalam permohonan ini. Jangan menandatangani formulir permohonan yang masih kosong/belum diisi.

Apabila Agen membantu dalam pengisian Permohonan Asuransi ini, pastikan Anda telah memeriksa dan menyetujui isi Permohonan Asuransi sebelum menandatangani. Agen dilarang menandatangani Permohonan Asuransi atas nama Tertanggung/Pasangan/Pemilik Polis.

Ditandatangani di asdasd

Tempat

gg

Nama & Tanda Tangan Calon Tertanggung

Tanggal 18 / 05 / 2018

Hari Bulan Tahun

hjuhiun

Nama & Tanda Tangan Pemohon/Pemilik Polis
(jika orang lain dari Calon Tertanggung)

Disaksikan oleh * :

AVRISTAdmin

Nama & Tanda Tangan Pasangan
(Untuk Permohonan - Spouse Rider)

Nama & Tanda Tangan Agen

- Mengetahui bahwa Pemohon/Pemilik Polis telah menandatangani aplikasi ini.

SURAT PERNYATAAN

Sehubungan dengan asuransi yang telah Saya ajukan kepada PT Avrist Assurance, dengan ini saya menyatakan bahwa tanda tangan saya yang sah/berlaku sekarang adalah yang tercantum dalam Surat Permohonan saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan juga adalah bagian dari Kontrak Polis, dimana saya mengerti bahwa Perusahaan mempercayai hal demikian sehingga mengandalkan dan bertindak berdasarkan kenyataan ini.

Tanda Tangan Saya yang sah :



Nama Lengkap : hjuhiun

..... asdasd 18/05/2018

Yang Menyatakan



(dengan materai Rp. 6.000,-)

SURAT PERNYATAAN UNTUK YANG DITUNJUK

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama Calon Tertanggung/Pemilik Polis : gg / hjuhiun
No. Polis : 2095575412
Tempat/Tanggal Lahir : / 18/04/1994
Nomor Kartu Tanda Penduduk : 123123
Alamat : asdads

Calon Tertanggung/Pemilik Polis dengan ini menyatakan telah menunjuk tante/paman* (adik/kakak* kandung dari ayah/ibu* kandung) Calon Tertanggung sebagai salah satu pihak Yang Ditunjuk, sehubungan dengan pengajuan permohonan asuransi** pada PT Avrist Assurance, sebagai berikut:

Nama pihak Yang Ditunjuk : adsasd
Tempat/Tanggal Lahir : asdsad / 18/05/2018
Usia : 0
No. KTP : 12312321
Alamat : adsasd

dengan alasan berikut ini:

adsasd.....
.....
.....
.....

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun, untuk dipergunakan sebagai salah satu persyaratan yang diperlukan dalam mengajukan surat permohonan asuransi atas nama saya pada PT Avrist Assurance.

..... adsasd 18/05/2018

Yang menyatakan,

Mengetahui,

materai Rp 6.000,-

hjuhiun

adsasd



(Nama Calon Tertanggung/Pemilik Polis)



(Nama Tante/Paman*)

Sertakan fotokopi Tanda Pengenal/KTP dari penandatangan

*coret yang tidak perlu

** sebutkan nama produk asuransi yang diambil

Statement Tante/Paman sebagai Beneficiary