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



No. Po	olis	2 0 9	5	5	7 5	4	1 2]	Nama Agen	AVRISTAdmin
	Denga	n Pemeriksa	an Med	dis	V	Tanpa	Pem	eriksaan Medis	No. Kode Agen Agency	AVRIST. adm
	TA C A da (*).	ALON TERT	ANGGU	JNG	- Harap ç	junakar	HUR	JF CETAK. Isilah atau beri tan	da (√) di dalam kotak dan d	coret yang tidak dipilih pada
		gkap {seperti te	ercantum	n pada	a KTP/SIN	1/Paspo	r)*		A.7.No. Kartu Pengenal (KTP/SIM/Paspor)*
Α.Τ. Να	illa Ecit	grap (seperti ti	Toantun	i paul	a KTI 70IIV	и азро	,		1 2 3 1 2	2 3
G	9 9	\vdash	+	-	_	\vdash	+		A.8.Jenis Kelamin	Pria √ Wanita
									A.9.Status Belum	n Kawin Janda/Duda
A.2. Ala	amat Ter	mpat Tinggal							2014.11	Corpi
as	sdads									Nawiii V
	Juuuo								A.10.Umur pada Ulang T	
									Tanggal Lahir	Hari Bulan Tahun 1 8 / 0 4 / 1 9 9 4
K	ota/Prop	insi a s d	a d	т	ПП	П		Kode Pos 1 2 3 3 2	A.11.Kewarganegaraan	10.04.1004
No	o. Telep	on							7 T tomal garlogal adil	(Harris direct alaba NA/NIA)
	and Pho			_		-			A.12.Taxpayer ID No.	(Hanya diisi oleh WNA)
		ne		_					• •	ganegara atau Penduduk Amerika Serikat)
E-	-mail									, ,
		nda bersedia n tagihan atau p				IS?	Ya	Tidak √	A.13.Penghasilan Bersih	per tahun
A.3. Pe	ŭ		adasd						123,123.00	
		gas sebenarnya	uuuuu							
									A.14.NPWP Pribadi (Jika	ı ada)
A.4. Na	ama Per	usahaan	adas	d						
A.5. Je	enis Usal	ha							A.15.Sumber Dana untu	_
A.6. Ala	amat Pei	rusahaan							Gaji/Hasil Usaha	Tabungan/Deposito
									Lainnya (sebutkar	1)
									Hasil Usaha	
									A.16.Tujuan Asuransi	
Ko	ota/Prop	insi						Kode Pos	123123	
No	o. Telep	on	[120120	
E-	-mail								A.17. Alamat Surat-men	
									Tempat Tingg	al √ Perusahaan
		MOHON/PE						Tertanggung		
D.1.14			. I	pu	uu 1111 701	Will dop	J.,		B.4. Jenis Kelamin	Pria √ Wanita
	h	j u h	iι	ı r	1		Ш		B.5. Status Belun	n Kawin 🕡 Janda/Duda
									2101 014140	Kawin Cerai
B.2. A	lamat Te	mpat Tinggal (J	ika berbe	eda de	engan A.2)					
					g,				B.6. Umur pada Ulang Ta	1 hun 2 2
	drdsr									Hari Bulan Tahun
									Tanggal Lahir	18/05/1996
	Kota/E	ropinsi f v	4					Kode Pos 1 2 3 1 2		
			t u	u			 	Kode Pos 1 2 3 1 2	B.7. Kewarganegaraan	(Hanya dijei alah WNA)
	No. Te			- L					R & Toyngyar ID No	(Hanya diisi oleh WNA)
	Hand I	Phone							B.8. Taxpayer ID No (untuk warga negai	ra atau penduduk Amerika Serikat)
		n Anda bersed nai tagihan ata						Ya ☐ Tidak √	B.9. Penghasilan Bersil	
	E-mail	, ,	produ	7 (V)		C.1110 :			12,312,323.00	. po. ranan
									, , , , , , ,	
	ekerjaan sebutkar	ı tugas sebenar	nya)	as	dads				B. 10. NPWP (Jika ada)	
,										

				No. Polis 2	0 9 5 5 7 5 4 1 2
B.11. Nama Perusahaan	dasda			B. 15. Sumber Dana untuk Perr	nbayaran Premi
B.12. Jenis Usaha				Gaji/Hasil Usaha	√ Tabungan/Deposito
B.13. Alamat Perusahaan				Lainnya (sebutkan)	
5.101714					
				B.16. Tujuan Asuransi	
				123132	
Kota/Propinsi		Kode Pos			
No. Telepon	-			B. 17. Alamat Surat-menyurat	- Damisahasa
E-mail					√ Perusahaan
B.14. No. Kartu Pengenal (KTP/SIM/F	PASPOR)*			B.18. Hubungan dengan Calon Paman	Tertanggung
1 2 3				aman	
C. KETERANGAN MENGENAI	INFORMASI BAN	NK PEMOHON			
C.1. Nama Bank				C. 4 NPWP (Jika ada)	
BANK ANDARA				123123	
C.2. Nama Cabang				C.5 Mata Uang Rekening	
asdad C.3. Nama Pemilik Rekening				√ Rp US\$	
asdad					
D. DATA YANG DITUNJUK - Se	mua Yang Ditunjuk	akan mendapat bagian	yang sama besar	kecuali dinyatakan lain.	
Yang Ditunjuk harus memiliki hubungar kepada Perusahaan sebelum mengisi ke		n Tertanggung, seperti istri	/suami, anak kandu	ng, orang tua kandung atau sauda	ara kandung. Harap menanyakan
Nama Yang Di	tunjuk	(L/P)	Tanggal Lal	hir Hubungan k	Keluarga %
asdad		L	18/05/2017	Paman	100
E. KETERANGAN MENGENAI	ASIIRANSI YAN	IG DIMOHONKAN			
I. PERMOHONAN ASURANSI P					
1.a. Produk Asuransi	D.J	Jenis Plan			
				c. Keterangan Tambahan untuk	
		Silver	Gold		Asuransi Kesehatan ak Merokok
		Silver	Gold	Merokok Tid	ak Merokok luarga*
		Platinum	Gold	Merokok Tid	ak Merokok luarga*
2. Mata Uang	3.	Platinum	Gold	Merokok Tid	ak Merokok luarga* gota Keluarga jika bagian ini dipilih
2. Mata Uang	3.	Platinum	Gold	Merokok Tid Perorangan Ke *Harap isi Bagian G dan J untuk Ang	ak Merokok luarga* gota Keluarga jika bagian ini dipilih
		Platinum	Gold	Merokok Tid Perorangan Ke *Harap isi Bagian G dan J untuk Ang	ak Merokok luarga* gota Keluarga jika bagian ini dipilih
Rp US\$		Platinum	Gold	Merokok Tid Perorangan Ke *Harap isi Bagian G dan J untuk Ang	ak Merokok luarga* gota Keluarga jika bagian ini dipilih
Rp US\$		Platinum PREMI TAHUNAN	Gold	Merokok Tid Perorangan Ke *Harap isi Bagian G dan J untuk Ang	ak Merokok luarga* gota Keluarga jika bagian ini dipilih YARKAN
Rp US\$ II. PERMOHONAN ASURANSI 1. POLIS DASAR	JIWA	Platinum PREMI TAHUNAN	Gold US\$	Merokok Tid Perorangan Ke *Harap isi Bagian G dan J untuk Ang 4. JUMLAH PREMI YANG DIBAY	ak Merokok luarga* gota Keluarga jika bagian ini dipilih YARKAN
Rp US\$ II. PERMOHONAN ASURANSI 1. POLIS DASAR a. Produk Asuransi	JIWA b.	Platinum PREMI TAHUNAN Mata Uang Rp	US\$	Merokok Tid Perorangan Ke *Harap isi Bagian G dan J untuk Ang 4. JUMLAH PREMI YANG DIBAY	ak Merokok luarga* gota Keluarga jika bagian ini dipilih YARKAN
Rp US\$ II. PERMOHONAN ASURANSI 1. POLIS DASAR a. Produk Asuransi 2. FAEDAH TAMBAHAN - Jenis C	JIWA b. dan Jumlah Pertangg	Platinum PREMI TAHUNAN Mata Uang Rp	US\$	Merokok Tid Perorangan Ke *Harap isi Bagian G dan J untuk Ang 4. JUMLAH PREMI YANG DIBA* c. Jumlah Uang Pertanggungan	ak Merokok luarga* gota Keluarga jika bagian ini dipilih YARKAN
Rp US\$ II. PERMOHONAN ASURANSI 1. POLIS DASAR a. Produk Asuransi 2. FAEDAH TAMBAHAN - Jenis G 3. CARA PEMBAYARAN PRE	JIWA b. dan Jumlah Pertangg	Platinum PREMI TAHUNAN Mata Uang Rp gungan Faedah Tambahar	US\$	Merokok Tid Perorangan Ke *Harap isi Bagian G dan J untuk Ang 4. JUMLAH PREMI YANG DIBAN c. Jumlah Uang Pertanggungan 4. JUMLAH	ak Merokok luarga* gota Keluarga jika bagian ini dipilih YARKAN
Rp US\$ II. PERMOHONAN ASURANSI 1. POLIS DASAR a. Produk Asuransi 2. FAEDAH TAMBAHAN - Jenis of 3. CARA PEMBAYARAN PRE	b. dan Jumlah Pertangg	Platinum PREMI TAHUNAN Mata Uang Rp gungan Faedah Tambahar Tiga-Bulanan B	US\$	Merokok Tid Perorangan Ke *Harap isi Bagian G dan J untuk Ang 4. JUMLAH PREMI YANG DIBA* c. Jumlah Uang Pertanggungan	ak Merokok luarga* gota Keluarga jika bagian ini dipilih YARKAN
Rp US\$ II. PERMOHONAN ASURANSI 1. POLIS DASAR a. Produk Asuransi 2. FAEDAH TAMBAHAN - Jenis G 3. CARA PEMBAYARAN PRE	b. dan Jumlah Pertangg	Platinum PREMI TAHUNAN Mata Uang Rp gungan Faedah Tambahar Tiga-Bulanan B	US\$	Merokok Tid Perorangan Ke *Harap isi Bagian G dan J untuk Ang 4. JUMLAH PREMI YANG DIBAN c. Jumlah Uang Pertanggungan 4. JUMLAH	ak Merokok luarga* gota Keluarga jika bagian ini dipilih YARKAN
Rp US\$ II. PERMOHONAN ASURANSI 1. POLIS DASAR a. Produk Asuransi 2. FAEDAH TAMBAHAN - Jenis of 3. CARA PEMBAYARAN PRE	b. dan Jumlah Pertangg	Platinum PREMI TAHUNAN Mata Uang Rp gungan Faedah Tambahar Tiga-Bulanan B	US\$	Merokok Tid Perorangan Ke *Harap isi Bagian G dan J untuk Ang 4. JUMLAH PREMI YANG DIBAN c. Jumlah Uang Pertanggungan 4. JUMLAH	ak Merokok luarga* gota Keluarga jika bagian ini dipilih YARKAN
Rp US\$ II. PERMOHONAN ASURANSI 1. POLIS DASAR a. Produk Asuransi 2. FAEDAH TAMBAHAN - Jenis G 3. CARA PEMBAYARAN PRE Tahunan Ter III. PERMOHONAN ASURANSI JIN 1. POLIS DASAR a. Produk Asuransi	b. dan Jumlah Pertangg MI ngah Tahunan VA DENGAN INVE	Platinum PREMI TAHUNAN Mata Uang Rp gungan Faedah Tambahar Tiga-Bulanan B STASI Mata Uang	US\$	Merokok Tid Perorangan Ke *Harap isi Bagian G dan J untuk Ang 4. JUMLAH PREMI YANG DIBAN c. Jumlah Uang Pertanggungan 4. JUMLAH Tunggal c. Jumlah Uang Pertanggungan	ak Merokok luarga* gota Keluarga jika bagian ini dipilih YARKAN PREMI YANG DIBAYARKAN
II. PERMOHONAN ASURANSI 1. POLIS DASAR a. Produk Asuransi 2. FAEDAH TAMBAHAN - Jenis of the second secon	b. dan Jumlah Pertangg MI ngah Tahunan VA DENGAN INVE	Platinum PREMI TAHUNAN Mata Uang Rp gungan Faedah Tambahar Tiga-Bulanan B ESTASI Mata Uang Rp USS	US\$	Merokok Tid Perorangan Ke *Harap isi Bagian G dan J untuk Ang 4. JUMLAH PREMI YANG DIBAN c. Jumlah Uang Pertanggungan 4. JUMLAH Tunggal	ak Merokok luarga* gota Keluarga jika bagian ini dipilih YARKAN PREMI YANG DIBAYARKAN
II. PERMOHONAN ASURANSI 1. POLIS DASAR a. Produk Asuransi 2. FAEDAH TAMBAHAN - Jenis C 3. CARA PEMBAYARAN PRE Tahunan Ter III. PERMOHONAN ASURANSI JIN 1. POLIS DASAR a.Produk Asuransi AVRIST INVESTMENT PLU d. Jumlah Premi Berkala	b. dan Jumlah Pertangg MI ngah Tahunan VA DENGAN INVE	Platinum PREMI TAHUNAN Mata Uang Rp gungan Faedah Tambahar Tiga-Bulanan B STASI Mata Uang	US\$	Merokok Tid Perorangan Ke *Harap isi Bagian G dan J untuk Ang 4. JUMLAH PREMI YANG DIBAN c. Jumlah Uang Pertanggungan 4. JUMLAH Tunggal c. Jumlah Uang Pertanggungan	ak Merokok luarga* gota Keluarga jika bagian ini dipilih YARKAN PREMI YANG DIBAYARKAN
II. PERMOHONAN ASURANSI 1. POLIS DASAR a. Produk Asuransi 2. FAEDAH TAMBAHAN - Jenis of the second secon	b. dan Jumlah Pertangg MI ngah Tahunan VA DENGAN INVE	Platinum PREMI TAHUNAN Mata Uang Rp gungan Faedah Tambahar Tiga-Bulanan B ESTASI Mata Uang Rp USS	US\$	Merokok Tid Perorangan Ke *Harap isi Bagian G dan J untuk Ang 4. JUMLAH PREMI YANG DIBAN c. Jumlah Uang Pertanggungan 4. JUMLAH Tunggal c. Jumlah Uang Pertanggungan	ak Merokok luarga* gota Keluarga jika bagian ini dipilih YARKAN PREMI YANG DIBAYARKAN

2. FAEI	DAH TAMBAHA	N - Jenis da	n Jumlah Pe	rtanggung	gan Faedah	Tamb	ahanl						
V	ADDUDRRP	15,000,00	0										
3. TOP-	UP ADHOC		4	. TOP-U	BERKALA								
Jum	nlah Premi Top	-Up AdHoc		Jumlah	Premi Top-	Up B	erkala						
5. JUMI	LAH PREMI YA	NG DIBAYA	RKAN (JUML	AH PREM	II DASAR +R	RIDER	+ TOP-UP)						
3,00	0,000.00												
6. ALO	KASI PREMI U	NTUK INVES	TASI										
Polis	Rupiah		Pol	is US Dolla	ar		Premi Dasar	Pre	emi Top-L	Jp AdHoc	F	Premi To	o-Up Berkala
	Link Assured			rist Link A			Tremi Busui						
Avrist	Link Advised												
Avrist	Link Aggressive	9					100%						
	Link Access Ca						10070						
Total							100%						
							100 70						
. DATA	CALON TER	TANGGUN	G UNTUK	KONTRA	K TAMBA	HAN	PEMOHON/PASA	NGAN -	Untuk P	ermohon	an Asur	ansi Jiw	a
	Nama Pemoh (sesuai KTP/			No.	. Kartu Peng	genal	(KTP/SIM/Paspor)*			gal Lahir ılan/Tahun)		ang Tahun rakhir
	(occurrent)	Cittiri dopor)							(Hall/Da	ilanii Tarrani		101	aram .
													. 0
(L/P)	Pekerjaar	tugas sebe	enarnya)	Tingg (cm)			Apakah ad	•		badan dala anyak dan			ir?
				(0111)	(7 /			20.464	, a aa			
	Nama dan a	amat Dokter	keluarga/lan	gganan A	nda		Sebutka	an tanggal	, alasan d	an hasil ko	nsultasi t	terakhir	
. DATA	ANGGOTA	KELUARG	A (Sebaga	i Tertanç	ggung dal	am F	<mark>Plan Keluarga)</mark> -	Untuk Per	mohonan	n Asuransi	Kecelak	aan & K	esehatan)
Nama	Tanç	gal Lahir	No.KTP/	SIM/	Dakariaa		Tinggi (cm)/	Peruk	ahan ber	at (kg)	Hubui	ngan	Dlan
Nam	ıa (Har	i/Bln/Thn)	Paspor/Akt	te Lahir	Pekerjaa	ın	Berat (kg)	dalam	12 bulan t	terakhir	Kelua	arga	Plan
I. KETE	RANGAN ME	NGENAI A	ASURANSI	YANG T	ELAH DIN	IILIK	I SEBELUMNYA						
										Tertan	aguna		on/Pasangan
											J J	/Anggo	ta Keluarga
										Tidak	Ya	Tidak	Ya
1. Apakah	Anda saat ini s 'a", harap berika	udah memilik	i atau sedang	mengajuk	an permoho	nan a	asuransi atas diri Anda	a?		V		V	
JIKA I	a , narap benke	in keterangai	rtcrpciiior (3	CDUIKAITIV	onior rons j	ika au	a).			V		V	
Nam	a Perusahaan	Ta	inggal	No	mor			Jumlah	Uang Pe	ertanggung	an		
	Asuransi		Polis		olis		Jiwa		enyakit K			Kecelak	aan

JA-AP-AL-071009-01

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

						Tertang	ggung		/Pasangan Keluarga
2.		nti atau bermaksud mengganti po r atau yang akan datang?	lis yang sudah Anda mi	iliki dengan permohor	nan polis ini	Tidak	Ya	Tidak	Ya
	ini untuk menggantikar bulan terakhir atau yang	n jika saya menjawab pertanyaan n atau akan digunakan untuk me g akan datang, saya dapat meru gan dengan mengambil polis as	enggantikan polis asura usak hak saya di kemu	ansi jiwa saya dalan dian hari jika ternyata	n waktu 12	V		1	
	polis asuransi lainnya atau diubah ketentuanr b. Pernahkah permohona	an Anda untuk menutup asuransi yang berhubungan dengan kese nya? an Anda untuk menutup atau mem satu/kedua pertanyaan di atas, be	hatan ditolak, ditanggu nulihkan asuransi jiwa a	hkan, dikenakan tarip nda ditunda?	tambahan	√		√ √	
	Ionic Portonggungan	Nama Perusahaan Asuransi	Nomor Polis	Tanggal			lasan		
Г	Jenis Pertanggungan	Nama Ferusanaan Asuransi	NOTIOI FOIIS	l allegal			il Court		
L									
l.	KETERANGAN LAIN	-LAIN							
						Tertanç	ggung		/Pasangan Keluarga
						Tidak	Ya	Tidak	Ya
1.	Apakah Anda sekarang	ı ini adalah anggota Angkatan Be	ersenjata/Kepolisian?			V		V	
 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? 						V		V	
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.						V		V	
T.	r enjelasan amak jawas	an ra aratas.							
J.	DAN ASURANSI KE	EHATAN - UNTUK PERMO ECELAKAN DENGAN FAEI lakaan tanna faedah kesehata	DAH KESEHATAN		DIS				
	DAN ASURANSI KE	ECELAKAN DENGAN FAED lakaan tanpa faedah kesehata	DAH KESEHATAN an, hanya mengisi pe	ertanyaan 1 & 2) . Apakah ada perubal	han berat badar	n √	Tidak		Ya
1 .a	DAN ASURANSI KE (untuk Asuransi Kecel	ECELAKAN DENGAN FAEI lakaan tanpa faedah kesehata 6 b. Berat Badan (ko	DAH KESEHATAN an, hanya mengisi pe	ertanyaan 1 & 2)	han berat badar	n √	Tidak		Ya
1 .a Jii	DAN ASURANSI KE (untuk Asuransi Kecel Tinggi Badan (cm) 16 ka "Ya", berapa banyak d	ECELAKAN DENGAN FAEI lakaan tanpa faedah kesehata 6 b. Berat Badan (ko	DAH KESEHATAN an, hanya mengisi pe	ertanyaan 1 & 2) . Apakah ada perubal lalam setahun terakhi	han berat badar	V	1	khir	Ya
1 .a Jii	DAN ASURANSI KE (untuk Asuransi Kecel Tinggi Badan (cm) 16 ka "Ya", berapa banyak d	ECELAKAN DENGAN FAEI lakaan tanpa faedah kesehata 6 b. Berat Badan (ko lan mengapa?	DAH KESEHATAN an, hanya mengisi pe	ertanyaan 1 & 2) . Apakah ada perubal lalam setahun terakhi	han berat badar r ini?	V	1	khir	Ya
1 .a Jii	DAN ASURANSI KE (untuk Asuransi Kecel Tinggi Badan (cm) 16 ka "Ya", berapa banyak d	ECELAKAN DENGAN FAEI lakaan tanpa faedah kesehata 6 b. Berat Badan (ko lan mengapa?	DAH KESEHATAN an, hanya mengisi pe	ertanyaan 1 & 2) . Apakah ada perubal lalam setahun terakhi	han berat badar r ini?	V	Itasi teral	khir Pemohon/F Anggota I	Pasangan/
1 .a Jii	DAN ASURANSI KE (untuk Asuransi Kecel Tinggi Badan (cm) 16 ka "Ya", berapa banyak d	ECELAKAN DENGAN FAEI lakaan tanpa faedah kesehata 6 b. Berat Badan (ko lan mengapa?	DAH KESEHATAN an, hanya mengisi pe	ertanyaan 1 & 2) . Apakah ada perubal lalam setahun terakhi	han berat badar r ini?	hasil konsu	Itasi teral	Pemohon/F	Pasangan/
1 .a Jil d.	DAN ASURANSI KE (untuk Asuransi Kecela Tinggi Badan (cm) 16 ka "Ya", berapa banyak di Nama dan alamat Dokte	ECELAKAN DENGAN FAEI lakaan tanpa faedah kesehata 6 b. Berat Badan (ko lan mengapa?	DAH KESEHATAN an, hanya mengisi p g) 66 c d	ertanyaan 1 & 2) . Apakah ada perubal lalam setahun terakhi	han berat badar r ini?	hasil konsu	Itasi teral	Pemohon/F Anggota I	Pasangan/ Keluarga
1 .a Jil d.	DAN ASURANSI KE (untuk Asuransi Kece Tinggi Badan (cm) 16 ka "Ya", berapa banyak d Nama dan alamat Dokte	ECELAKAN DENGAN FAED lakaan tanpa faedah kesehata 6 b. Berat Badan (ko lan mengapa? rr keluarga/langganan Anda	pah KESEHATAN an, hanya mengisi pagan pan pan pan pan pan pan pan pan pan p	ertanyaan 1 & 2) . Apakah ada perubal alam setahun terakhii Sebutkan tang	han berat badar r ini? gal, alasan dan	hasil konsu Tertang	Itasi teral	Pemohon/F Anggota I Tidak	Pasangan/ Keluarga
1 .a Jii d. 2. A 3. 1	DAN ASURANSI KE (untuk Asuransi Kece Tinggi Badan (cm) 16 ka "Ya", berapa banyak d Nama dan alamat Dokte Apakah Anda mempunyai Apakah Anda pernah markoba? Dalam 12 bulan terakhir ir tapi tidak terbatas pada re	ECELAKAN DENGAN FAED lakaan tanpa faedah kesehata 6 b. Berat Badan (kg lan mengapa? r keluarga/langganan Anda cacat fisik atau kelainan kesehata	an? ang/narkoba atau perau pernah menggunakar	ertanyaan 1 & 2) Apakah ada perubal alam setahun terakhii Sebutkan tang Tah dirawat karena n produk dari tembakan penjelasan.	han berat badar r ini? gal, alasan dan kecanduan au(termasuk	hasil konsu Tertang Tidak	Itasi teral	Pemohon/F Anggota I Tidak	Pasangan/ Keluarga
1 .a Jii d. 2. A 3. 1	DAN ASURANSI KE (untuk Asuransi Kece Tinggi Badan (cm) 16 ka "Ya", berapa banyak d Nama dan alamat Dokte Apakah Anda mempunyai Apakah Anda pernah markoba? Dalam 12 bulan terakhir ir tapi tidak terbatas pada ro Jika Anda telah berhenti dokter, dll.	b. Berat Badan (kg lan mengapa? r keluarga/langganan Anda cacat fisik atau kelainan kesehata menggunakan obat-obatan terlar ai apakah Anda menggunakan ata okok, cerutu, pipa dan tembakau k	an? ang/narkoba atau perau pernah menggunakar	ertanyaan 1 & 2) Apakah ada perubal alam setahun terakhii Sebutkan tang Tah dirawat karena n produk dari tembakan penjelasan. dan alasannya, misa	han berat badar r ini? gal, alasan dan kecanduan au(termasuk	Tertang Tidak	Itasi teral	Pemohon/F Anggota I Tidak	Pasangan/ Keluarga
1 .a Jii d. 2. A 3. 1	DAN ASURANSI KE (untuk Asuransi Kece Tinggi Badan (cm) 16 ka "Ya", berapa banyak d Nama dan alamat Dokte Apakah Anda mempunyai Apakah Anda pernah markoba? Dalam 12 bulan terakhir ir tapi tidak terbatas pada re Jika Anda telah berhenti dokter, dll. Tertanggung	b. Berat Badan (kg lan mengapa? cacat fisik atau kelainan kesehata menggunakan obat-obatan terlar ai apakah Anda menggunakan ata okok, cerutu, pipa dan tembakau ki menggunakan produk dari temb	an? ang/narkoba atau perau pernah menggunakar kunyah)? Jika "Ya" berik bakau, jelaskan kapan	ertanyaan 1 & 2) Apakah ada perubal alam setahun terakhii Sebutkan tang Tah dirawat karena n produk dari tembakan penjelasan. dan alasannya, misa	han berat badar r ini? gal, alasan dan kecanduan au(termasuk llnya:nasihat	Tertang Tidak	Itasi teral	Pemohon/F Anggota I Tidak	Pasangan/ Keluarga
1 .a Jii d. 2. A 3. 1	DAN ASURANSI KE (untuk Asuransi Kece Tinggi Badan (cm) 16 ka "Ya", berapa banyak d Nama dan alamat Dokte Apakah Anda mempunyai Apakah Anda pernah markoba? Dalam 12 bulan terakhir ir tapi tidak terbatas pada ro Jika Anda telah berhenti dokter, dll.	b. Berat Badan (kg lan mengapa? cacat fisik atau kelainan kesehata menggunakan obat-obatan terlar ai apakah Anda menggunakan ata okok, cerutu, pipa dan tembakau ki menggunakan produk dari temb	an? ang/narkoba atau perau pernah menggunakar kunyah)? Jika "Ya" berik bakau, jelaskan kapan	ertanyaan 1 & 2) Apakah ada perubal alam setahun terakhii Sebutkan tang Tah dirawat karena n produk dari tembakan penjelasan. dan alasannya, misa	han berat badar r ini? gal, alasan dan kecanduan au(termasuk llnya:nasihat	Tertang Tidak	Itasi teral	Pemohon/F Anggota I Tidak	Pasangan/ Keluarga
1 .a Jii d. 2. A 3. 1	DAN ASURANSI KE (untuk Asuransi Kece I. Tinggi Badan (cm) 16 ka "Ya", berapa banyak d Nama dan alamat Dokte Apakah Anda mempunyai Apakah Anda pernah markoba? Dalam 12 bulan terakhir intapi tidak terbatas pada ro Jika Anda telah berhenti dokter, dll. Tertanggung Pemohon/Pasangan/ Anggota Keluarga	b. Berat Badan (kg lan mengapa? cacat fisik atau kelainan kesehata menggunakan obat-obatan terlar ai apakah Anda menggunakan ata okok, cerutu, pipa dan tembakau ki menggunakan produk dari temb	an? ang/narkoba atau perau pernah menggunakar kunyah)? Jika "Ya" berik bakau, jelaskan kapan	ertanyaan 1 & 2) Apakah ada perubal alam setahun terakhii Sebutkan tang Tah dirawat karena n produk dari tembakan penjelasan. dan alasannya, misa	han berat badar r ini? gal, alasan dan kecanduan au(termasuk llnya:nasihat	Tertang Tidak	Itasi teral	Pemohon/F Anggota I Tidak	Pasangan/ Keluarga
1 .a Jii d. 2. A 3. 1	DAN ASURANSI KE (untuk Asuransi Kece I. Tinggi Badan (cm) 16 ka "Ya", berapa banyak d Nama dan alamat Dokte Apakah Anda mempunyai Apakah Anda pernah markoba? Dalam 12 bulan terakhir ir tapi tidak terbatas pada ra Jika Anda telah berhenti dokter, dll. Tertanggung Pemohon/Pasangan/	cacat fisik atau kelainan kesehata menggunakan obat-obatan terlar i apakah Anda menggunakan ataokok, cerutu, pipa dan tembakau kelainan kesehata menggunakan produk dari temb	an? ang/narkoba atau perau pernah menggunakar kunyah)? Jika "Ya" berik bakau, jelaskan kapan	ertanyaan 1 & 2) Apakah ada perubal alam setahun terakhii Sebutkan tang Panah dirawat karena In produk dari tembakaan penjelasan. Idan alasannya, misa	han berat badar r ini? gal, alasan dan kecanduan au(termasuk llnya:nasihat	Tertang Tidak	Itasi teral	Pemohon/F Anggota I Tidak	Pasangan/ Keluarga

				Tertan	ggung		Keluarga
				Tidak	Ya	Tidak	Ya
5. a. Apakah Anda mengkons jenis minuman, misalnya	umsi alkohol secara teratur (harian/mi a bir, anggur, dll. Banyaknya (per hari/minggu)*	ngguan). Jika "Ya" sebutkan kon Jenis Minuma		V		V	
Tertanggung							
Pemohon/Pasangan/ Anggota Keluarga							
b. Apakah Anda pernah dir	rawat karena mengkonsumsi alkohol se	ecara berlebihan atau karena keb	oiasaan minum?	V		V	
	ni/isteri Anda pernah menderita per er sehubungan dengan AIDS atau infel		ssi HIV, AIDS,atau	V		V	
7. a. Apakah Anda pernah dip	eriksa untuk virus HIV? Jika "Ya", sebu	ıtkan kapan, alasan dan hasilnya		V	П	V	
Tortonggung	Tanggal	Alasan	Hasil				
Tertanggung Pemohon/Pasangan/			-				
Anggota Keluarga				1			
satu gejala berikut ini: normal, pembesaran ke	ini, apakah Anda secara terus-meneru cepat lelah, penurunan berat badan elenjar getah bening/limfe atau kelair n, sebabnya dan kondisi sekarang.	yang tidak lazim,diare/buang a		V		V	
	Tanggal	Sebab	Kondisi sekaran	g			
Tertanggung							
Pemohon/Pasangan/ Anggota Keluarga							
						Pemohon	/Pasangan
				Tertanç	ggung		/Pasangan Keluarga
				Tertanç Tidak	ggung Ya		Ŭ
a.epilepsi/ayan, kejang-l	nderita atau diberitahu menderita atau r kejang, stroke, kelumpuhan, polio, mu epanjangan, pingsan, gangguan saraf,	ıltiple sclerosis, kelemahan pada				/Anggota	Keluarga
a epilepsi/ayan, kejang-k sakit kepala yang berke	kejang, stroke, kelumpuhan, polio, mu	ıltiple sclerosis, kelemahan pada depresi, atau gangguan saraf /m		Tidak		/Anggota Tidak	Keluarga
a.epilepsi/ayan, kejang-k sakit kepala yang berke b.diabetes, gangguan tin c.keluar nanah dari teling	kejang, stroke, kelumpuhan, polio, mu epanjangan, pingsan, gangguan saraf,	ultiple sclerosis, kelemahan pada depresi, atau gangguan saraf /m ninnya?	ental lainnya?	Tidak		/Anggota Tidak √	Keluarga
a.epilepsi/ayan, kejang-k sakit kepala yang berke b.diabetes, gangguan tir c.keluar nanah dari teling gangguan lain pada tel	kejang, stroke, kelumpuhan, polio, mu epanjangan, pingsan, gangguan saraf, oid atau gangguan kelenjar endokrin la ga, perdarahan hidung, mata kabur, ke inga, mata, hidung atau tenggorokan? nerus, sesak napas, batuk darah, pa	ultiple sclerosis, kelemahan pada depresi, atau gangguan saraf /m ninnya? elainan penglihatan,pendengaran	ental lainnya?	Tidak		/Anggota Tidak	Keluarga
a.epilepsi/ayan, kejang-k sakit kepala yang berke b.diabetes, gangguan tire c.keluar nanah dari teling gangguan lain pada tel d.asma, batuk terus-men atau gangguan lain pad	kejang, stroke, kelumpuhan, polio, mu epanjangan, pingsan, gangguan saraf, oid atau gangguan kelenjar endokrin la ga, perdarahan hidung, mata kabur, ke inga, mata, hidung atau tenggorokan? nerus, sesak napas, batuk darah, pa	ultiple sclerosis, kelemahan pada depresi, atau gangguan saraf /m ninnya? elainan penglihatan,pendengaran aru-paru basah (pneumonia), tu	atau bicara, atau berculosis (TBC),	Tidak		/Anggota Tidak V	Keluarga
a.epilepsi/ayan, kejang-ksakit kepala yang berkebb. diabetes, gangguan tirec. keluar nanah dari teling gangguan lain pada teled. asma, batuk terus-meratau gangguan lain pada e.nyeri lambung, tukak pencernaan?	kejang, stroke, kelumpuhan, polio, muepanjangan, pingsan, gangguan saraf, oid atau gangguan kelenjar endokrin la ga, perdarahan hidung, mata kabur, ke inga, mata, hidung atau tenggorokan? nerus, sesak napas, batuk darah, pada paru-paru?	ultiple sclerosis, kelemahan pada depresi, atau gangguan saraf /m ninnya? elainan penglihatan,pendengaran aru-paru basah (pneumonia), tu ul (fistula), wasir atau gangguan tung atau pembuluh darah, serar	atau bicara, atau berculosis (TBC), lain pada sistem	Tidak		/Anggota Tidak V V	Keluarga
a.epilepsi/ayan, kejang-ksakit kepala yang berkeb. b.diabetes, gangguan tiric.keluar nanah dari teling gangguan lain pada telid.asma, batuk terus-meratau gangguan lain pada telid.asma, batuk terus-meratau gangguan lain pada kenyeri lambung, tukak pencernaan? f.tekanan darah tinggi, kengangguan lain pada kenyeri lambung tukak pencernaan?	kejang, stroke, kelumpuhan, polio, muepanjangan, pingsan, gangguan saraf, oid atau gangguan kelenjar endokrin la ga, perdarahan hidung, mata kabur, ke inga, mata, hidung atau tenggorokan? nerus, sesak napas, batuk darah, pada paru-paru? lambung, keluar darah dari anus, bisuenaikan kolesterol, gangguan pada jan	ultiple sclerosis, kelemahan pada depresi, atau gangguan saraf /m ninnya? elainan penglihatan,pendengaran aru-paru basah (pneumonia), tu ul (fistula), wasir atau gangguan tung atau pembuluh darah, serar eratur atau cepat, nyeri dada?	atau bicara, atau berculosis (TBC), lain pada sistem	Tidak		/Anggota Tidak V V V	Keluarga
a.epilepsi/ayan, kejang-ksakit kepala yang berkelb. diabetes, gangguan tirec. keluar nanah dari teling gangguan lain pada telid. asma, batuk terus-meratau gangguan lain pada e.nyeri lambung, tukak pencernaan? f.tekanan darah tinggi, kegangguan lain pada kg.sakit kuning, karier hep	kejang, stroke, kelumpuhan, polio, muepanjangan, pingsan, gangguan saraf, oid atau gangguan kelenjar endokrin la ga, perdarahan hidung, mata kabur, ke inga, mata, hidung atau tenggorokan? nerus, sesak napas, batuk darah, pada paru-paru? lambung, keluar darah dari anus, bisu enaikan kolesterol, gangguan pada jan katup jantung, irama jantung tidak tepatitis B, atau segala bentuk hepatitis, sa atau gula di urin, batu ginjal, infeksi	ultiple sclerosis, kelemahan pada depresi, atau gangguan saraf /m ninnya? elainan penglihatan,pendengaran aru-paru basah (pneumonia), tu ul (fistula), wasir atau gangguan tung atau pembuluh darah, serar eratur atau cepat, nyeri dada? sirosis, gangguan hati atau kandu	atau bicara, atau berculosis (TBC), lain pada sistem ngan jantung atau ung empedu?	Tidak V V V V		/Anggota Tidak V V V V	Keluarga
a.epilepsi/ayan, kejang-ksakit kepala yang berkelb. b.diabetes, gangguan tirec. keluar nanah dari teling gangguan lain pada tel d.asma, batuk terus-meratau gangguan lain pada e.nyeri lambung, tukak pencernaan? f.tekanan darah tinggi, kergangguan lain pada kgangguan lain pada kg.sakit kuning, karier heph.adanya darah, protein kencing atau alat kelan i.gangguan pada punggurat di dalam darah), sakit kepangguan pada punggurat di dalam darah),	kejang, stroke, kelumpuhan, polio, muepanjangan, pingsan, gangguan saraf, oid atau gangguan kelenjar endokrin la ga, perdarahan hidung, mata kabur, ke inga, mata, hidung atau tenggorokan? nerus, sesak napas, batuk darah, pada paru-paru? lambung, keluar darah dari anus, bisu enaikan kolesterol, gangguan pada jan katup jantung, irama jantung tidak tepatitis B, atau segala bentuk hepatitis, sa atau gula di urin, batu ginjal, infeksi	ultiple sclerosis, kelemahan pada depresi, atau gangguan saraf /m ninnya? elainan penglihatan,pendengaran aru-paru basah (pneumonia), tu ul (fistula), wasir atau gangguan tung atau pembuluh darah, serar eratur atau cepat, nyeri dada? sirosis, gangguan hati atau kandu atau gangguan lain pada ginjal ran sendi tulang belakang), gout trophy, nyeri atau perubahan be	atau bicara, atau berculosis (TBC), lain pada sistem ngan jantung atau ung empedu? , kantung/saluran (kelebihan asam	Tidak V V V V		/Anggota Tidak V V V V V	Keluarga
a.epilepsi/ayan, kejang-ksakit kepala yang berkelb. diabetes, gangguan tiric. keluar nanah dari teling gangguan lain pada telid. asma, batuk terus-meratau gangguan lain pada telid. asma, batuk terus-meratau gangguan lain pada kenyeri lambung, tukak pencernaan? f.tekanan darah tinggi, kengangguan lain pada kelangguan lain pada kelangangguan pada punggurat di dalam darah), atau gangguan pada oli	kejang, stroke, kelumpuhan, polio, muepanjangan, pingsan, gangguan saraf, oid atau gangguan kelenjar endokrin la ga, perdarahan hidung, mata kabur, ke inga, mata, hidung atau tenggorokan? nerus, sesak napas, batuk darah, pada paru-paru? lambung, keluar darah dari anus, bisu enaikan kolesterol, gangguan pada jan katup jantung, irama jantung tidak to patitis B, atau segala bentuk hepatitis, sa atau gula di urin, batu ginjal, infeksi nin? ung atau leher, slipped disc (pergeser artritis (penyakit sendi), muscular dysi	ultiple sclerosis, kelemahan pada depresi, atau gangguan saraf /m ninnya? elainan penglihatan,pendengaran aru-paru basah (pneumonia), tu ul (fistula), wasir atau gangguan tung atau pembuluh darah, serar eratur atau cepat, nyeri dada? sirosis, gangguan hati atau kandu atau gangguan lain pada ginjal ran sendi tulang belakang), gout trophy, nyeri atau perubahan be	atau bicara, atau berculosis (TBC), lain pada sistem ngan jantung atau ung empedu? , kantung/saluran (kelebihan asam	Tidak V V V V V V		/Anggota Tidak V V V V V V V	Keluarga
a.epilepsi/ayan, kejang-ksakit kepala yang berke b.diabetes, gangguan tiri c.keluar nanah dari teling gangguan lain pada tel d.asma, batuk terus-meratau gangguan lain pada e.nyeri lambung, tukak pencernaan? f.tekanan darah tinggi, ke gangguan lain pada kgangguan lain pada kg.sakit kuning, karier hep h.adanya darah, protein kencing atau alat kelan i.gangguan pada punggurat di dalam darah), atau gangguan pada oi j.kanker, tumor, kista ata k.anemia, leukemia, pen	kejang, stroke, kelumpuhan, polio, muepanjangan, pingsan, gangguan saraf, oid atau gangguan kelenjar endokrin la ga, perdarahan hidung, mata kabur, ke inga, mata, hidung atau tenggorokan? merus, sesak napas, batuk darah, pada paru-paru? Ilambung, keluar darah dari anus, bisu enaikan kolesterol, gangguan pada jan katup jantung, irama jantung tidak to patitis B, atau segala bentuk hepatitis, sa atau gula di urin, batu ginjal, infeksinin? ung atau leher, slipped disc (pergeser artritis (penyakit sendi), muscular dystot, tulang belakang, anggota badan ata	ultiple sclerosis, kelemahan pada depresi, atau gangguan saraf /m hinnya? elainan penglihatan,pendengaran aru-paru basah (pneumonia), tu ul (fistula), wasir atau gangguan tung atau pembuluh darah, serar eratur atau cepat, nyeri dada? sirosis, gangguan hati atau kandu atau gangguan lain pada ginjal ran sendi tulang belakang), gout trophy, nyeri atau perubahan be au persendian, atau luka berat?	atau bicara, atau berculosis (TBC), lain pada sistem ngan jantung atau ung empedu? , kantung/saluran (kelebihan asam	Tidak		/Anggota Tidak V V V V V V V V V	Keluarga

						Tertanç	ggung		/Pasangan Keluarga
						Tidak	Ya	Tidak	Ya
Selama lima tahun terakhir ini, pa. pemeriksaan diagnostik sep sonografi (USG), CT-Scan lainnya? Jika "Ya", berikan penjelas:	erti sinar X (rontgen), el , biopsi, pemeriksaan	lektrokardiogram (EKG genetik, pemeriksaan), ekhokardiograr darah atau uri	n, mammograf n, dan pemei	ii, ultra- riksaan	V		V	
	Jenis Pemeriksaan	Tanggal	Klinik/Ruma	ah Sakit	Å	Alasan		Has	sil
Tertanggung									
Pemohon/Pasangan/ Anggota Keluarga									
						Tertanç	ggung		/Pasangan Keluarga
						Tidak	Ya	Tidak	Ya
b. penyakit, luka, operasi, na disebutkan di atas? Jika	isihat medis, perawatar "Ya", berikan penje	n rumah sakit atau pem lasan sebagaimana d	eriksaan fisik yan itunjukkan di ba	ig belum awah ini:		V		V	
	Keadaan	Tanggal	Klinik/Rum	ah Sakit	Per	ngobatan		Has	sil
Tertanggung									
Pemohon/Pasangan/ Anggota Keluarga									
						Tertanç	ggung		/Pasangan Keluarga
						Tidak	Ya	Tidak	Ya
 Apakah ada diantara orangtu penyakit jantung, stroke, te (TBC), atau segala macam Jika "Ya", berikan penjelasa 	ekanan darah tinggi, dia penyakit keturunan?	ng Anda yang meningga abetes, penyakit ginjal	al karena atau m , gangguan mer	enderita kankı ntal, tuberculo:	er, sis	V		V	
	Hubungan Keluarga	Usia waktu menderita	Usia saat ini	Pe	enyakit		Usia (jika	waktu mer sudah mer	ninggal ninggal)
Tertanggung									
Pemohon/Pasangan/ Anggota Keluarga									

No. Polis	2	n	9	5	5	7	5	4	1	12
1 10. 1 0110							_			

	Tertang	gung		/Pasangan Keluarga
	Tidak	Ya	Tidak	Ya
Apakah Anda pernah menderita atau menemukan adanya benjolan pada payudara atau kelainan lainnya pada payudara?	V		V	
b.Apakah ada anggota keluarga Anda yang pernah menderita kanker payudara (termasuk pada nenek, ibu, bibi, kakak atau adik)?	V		V	
c.Pernahkan Anda mengalami haid yang tidak teratur, nyeri dan berlebihan banyaknya, menderita fibroid, kista, atau kelainan lainnya pada organ kewanitaan?	V		V	
d.Pernahkah Anda mendapatkan hasil test papsmear yang abnormal atau diberitahu oleh dokter untuk mengulang test papsmear dalam enam bulan berikutnya?	V		V	
e. Apakah Anda sedang hamil? Jika"Ya", sebutkan berapa minggu usia kehamilan Anda. minggu	V		V	
f. Pernahkan Anda menderita komplikasi selama kehamilan Anda sebelum ini atau pada waktu melahirkan?	V		V	
PERMINTAAN KHUSUS				
Hari Bulan Tahun Back Date ke tanggal / / / / / / / / / / / / / / / / / / /				_
Lain-lain:				
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:

- 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.
- 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 (B) atau jawaban yang diberikan tidak benar maka polis yang dikeluarkan atas dasar tersebut akan menjadi batal.
- Semua pembayaran yang dilakukan yang berhubungan dengan aplikasi ini tidak menjamin disetujuinya perlindungan yang dimohonkan. Asuransi yang dimohonkan hanya akan berlaku (C) 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.
- 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
- (E) Polis yang telah dikeluarkan dan saya/kami terima berikut semua surat yang saya/kami tandatangani 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.
- 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 permohononan 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 klausu/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 keadaaan 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.
- Perusahaan atau dokter pemeriksa atau laboratorium yang disetujui Perusahaan, untuk melakukan pemeriksaan atau uji kesehatan yang diperlukan guna melakukan proses (b) 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.

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 menandatanganinya Agen dilarang menandatangani Permohonan Asuransi atas nama Tertanggung/Pasangan/Pemilik Polis

Ditandatangani di asdasd Tempat gg Nama & Tanda Tangan Pasangan (Untuk Permohonan - Spouse Rider)

18/05/2018 Tanggal

hjuhiun

Nama & Tanda Tangan Pemohon/Pemilik Polis

(jika orang lain dari Calon Tertanggung)

Disaksikan oleh *:

AVRISTAdmin

Nama & Tanda Tangan Agen

· Mengetahui bahwa Pemohon/Pemilik Polis telah menandatangani apltkasi 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 No. Polis Tempat/Tanggal Lahir Nomor Kartu Tanda Penduduk Alamat	: gg : 2095575412 : : 123123 : asdads	/ hjuhiun / 18/04/1994
Calon Tertanggung/Pemilik Polis dengan ini (adik/kakak* kandung dari ayah/ibu* kandung) Yang Ditunjuk, sehubungan dengan pengajuan PT Avrist Assurance, sebagai berikut:	Calon Tertanggung	sebagai salah satu pihak
Tempat/Tanggal Lahir Usia No. KTP	: adsasd : asdsad : 0 : 12312321 : adsasd	/ 18/05/2018
dengan alasan berikut ini: asdasd		
Demikian surat pernyataan ini saya buat de manapun, untuk dipergunakan sebagai salah mengajukan surat permohonan asuransi atas na	ngan sadar dan ta n satu persyaratan	anpa paksaan dari pihak yang diperlukan dalam
asdasd _, 18/05/2018		
Yang menyatakan,		Mengetahui,
materai Rp 6.000,- hjuhiun	adsa	asd
(Nama Calon Tertanggung/Pemilik Polis)		Nama Tante/Paman*)
Sertakan fotokopi Tanda Pengenal/KTP dari penandatanga *coret yang tidak perlu ** sebutkan nama produk asuransi yang diambil	ın	

Statement Tante/Paman sebagai Beneficiary