

**SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA TAMBAHAN**

Diajukan untuk :  Perubahan Polis  Pemulihan Polis

Nomor Polis : \_\_\_\_\_

Petunjuk Pengisian Formulir:

- Formulir ini **wajib** diisi dengan huruf CETAK dan LENGKAP
- Satu Formulir hanya berlaku untuk satu nomor polis pada PT Asuransi Allianz Life Indonesia ("Allianz")
- Mohon tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong
- Mohon menandatangani setiap koreksi penulisan/ pengisian dalam bentuk coretan sesuai dengan spesimen tanda tangan
- Pastikan semua informasi yang dibutuhkan telah dipenuhi dan Anda telah membaca keseluruhan syarat dan ketentuan, serta pernyataan dan jaminan sebelum menandatangani
- Untuk mempercepat proses pengajuan Anda, harap melengkapi seluruh persyaratan yang tertera pada Formulir ini
- Apabila Pemegang Polis / Pemilik Rekening adalah warga negara/wajib pajak di luar negeri selain Indonesia yang merupakan Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra, maka diwajibkan untuk mengisi bagian "DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-INDIVIDU" pada Formulir ini
- Apabila Pemegang Polis / Pemilik Rekening adalah perusahaan, maka diwajibkan untuk mengisi "FORMULIR DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA- PERUSAHAAN (INSTITUSI)" ada formulir terpisah

**A. DATA PRIBADI & PEKERJAAN TERTANGGUNG**

Nama Lengkap : \_\_\_\_\_  
 Tempat/tanggal lahir : \_\_\_\_\_ Negara tempat lahir : \_\_\_\_\_  
 Jenis Identitas :  KTP  SIM  Passport  KIMS  KITAS  Akta Lahir  KTP seumur hidup  
 Nomor Identitas : \_\_\_\_\_ Tanggal berakhirnya Identitas : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
tgl bln tahun

Kewarganegaraan :  WNI  Non WNI, sebutkan kewarganegaraannya \_\_\_\_\_

Jenis Kelamin :  Laki-laki  Wanita Status Perkawinan :  Kawin  Belum Kawin  Janda / Duda

Agama :  Islam  Kristen  Katolik  Hindu  Budha  Lainnya \_\_\_\_\_

Apakah Anda perokok? :  Ya, \_\_\_\_\_ batang/hari  Tidak

Tinggi badan : \_\_\_\_\_ cm Berat badan : \_\_\_\_\_ kg

Nama Instansi/Perusahaan : \_\_\_\_\_

Jenis Usaha Instansi/Perusahaan : \_\_\_\_\_

Jabatan (khusus PNS/TNI/POLRI, sebutkan pangkat Anda) : \_\_\_\_\_

Jelaskan Tugas Anda Secara detail : \_\_\_\_\_

Jumlah Penghasilan

Gross Per Bulan :  Tidak ada penghasilan  < Rp10 Juta  Rp10 Juta - < Rp25 Juta

Rp25 Juta - < Rp45 Juta  Rp45 Juta - < Rp70 Juta  Rp70 Juta - < Rp100 Juta

Lainnya \_\_\_\_\_

NPWP : \_\_\_\_\_

Alamat Tempat Tinggal

Saat Ini : \_\_\_\_\_

Kota : \_\_\_\_\_

Kode Pos : \_\_\_\_\_

Provinsi : \_\_\_\_\_

Negara : \_\_\_\_\_

Telepon (Rumah) : \_\_\_\_\_

Handphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Alamat Tempat Kerja : \_\_\_\_\_

Kota : \_\_\_\_\_

Kode Pos : \_\_\_\_\_

Provinsi : \_\_\_\_\_

Negara : \_\_\_\_\_

Telepon (Kantor) : \_\_\_\_\_

Handphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Alamat Korespondensi :  Tempat Tinggal Saat Ini  Tempat Kerja

**B. DATA PRIBADI & PEKERJAAN PEMBAYAR PREMI** Hanya diisi bila mengambil/memiliki rider Payor

Pembayar Premi adalah :  Bertanggung  Pemegang Polis  Lainnya, \_\_\_\_\_  
 Hubungan dengan Pemegang Polis : \_\_\_\_\_

Nama Lengkap : \_\_\_\_\_  
 Tempat/tanggal lahir : \_\_\_\_\_ Negara tempat lahir : \_\_\_\_\_

Jenis Identitas :  KTP  SIM  Passport  KIMS  KITAS  Akta Lahir  KTP seumur hidup  
 Nomor Identitas : \_\_\_\_\_ Tanggal berakhirnya Identitas : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
tgl bln tahun

Kewarganegaraan :  WNI  Non WNI, sebutkan kewarganegaraannya \_\_\_\_\_

Jenis Kelamin :  Laki-laki  Wanita Status Perkawinan :  Kawin  Belum Kawin  Janda / Duda

Agama :  Islam  Kristen  Katolik  Hindu  Budha  Lainnya \_\_\_\_\_

Apakah Anda perokok? :  Ya, \_\_\_\_\_ batang/hari  Tidak

Tinggi badan : \_\_\_\_\_ cm Berat badan : \_\_\_\_\_ kg

Nama Instansi/Perusahaan : \_\_\_\_\_

Jenis Usaha Instansi/Perusahaan : \_\_\_\_\_

Jabatan (khusus PNS/TNI/POLRI, sebutkan pangkat Anda) : \_\_\_\_\_

Jelaskan Tugas Anda Secara detail : \_\_\_\_\_

Jumlah Penghasilan : \_\_\_\_\_

Gross Per Bulan :  Tidak ada penghasilan  < Rp10 Juta  Rp10 Juta - < Rp25 Juta

Rp25 Juta - < Rp45 Juta  Rp45 Juta - < Rp70 Juta  Rp70 Juta - < Rp100 Juta

Lainnya \_\_\_\_\_

NPWP : \_\_\_\_\_

Alamat Tempat Tinggal Saat Ini : \_\_\_\_\_

Kota : \_\_\_\_\_

Kode Pos : \_\_\_\_\_

Provinsi : \_\_\_\_\_

Negara : \_\_\_\_\_

Telepon (Rumah) : \_\_\_\_\_

Handphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Alamat Tempat Kerja : \_\_\_\_\_

Kota : \_\_\_\_\_

Kode Pos : \_\_\_\_\_

Provinsi : \_\_\_\_\_

Negara : \_\_\_\_\_

Telepon (Kantor) : \_\_\_\_\_

Handphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Alamat Korespondensi :  Tempat Tinggal Saat Ini  Tempat Kerja

**SUMBER DANA PEMBAYAR PREMI**

1. Tujuan pengajuan Asuransi (pilihan dapat lebih dari satu)  
 Proteksi  Tabungan  Pendidikan  Pensiun  Lainnya \_\_\_\_\_

2. Sumber penghasilan per bulan dari Pembayar Premi (pilihan dapat lebih dari satu)  
 Gaji  Pasangan (Suami/Istri)  Hasil Investasi  Bisnis Pribadi  Bonus/Insentif/Komisi  
 Lainnya \_\_\_\_\_

**C. DATA PRIBADI & PEKERJAAN PASANGAN PEMBAYAR PREMI**

Hanya diisi bila mengambil/memiliki rider Spouse Payor

Pasangan Pembayar

 Premi adalah :  Tertanggung  Pemegang Polis  Lainnya, \_\_\_\_\_

Hubungan dengan Pembayar Premi : \_\_\_\_\_

Nama Lengkap : \_\_\_\_\_

Tempat/tanggal lahir : \_\_\_\_\_ Negara tempat lahir : \_\_\_\_\_

 Jenis Identitas :  KTP  SIM  Passport  KIMS  KITAS  Akta Lahir  KTP seumur hidup

 Nomor Identitas : \_\_\_\_\_ Tanggal berakhirnya Identitas : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 tgl bln tahun

 Kewarganegaraan :  WNI  Non WNI, sebutkan kewarganegaraannya \_\_\_\_\_

 Jenis Kelamin :  Laki-laki  Wanita Status Perkawinan :  Kawin  Belum Kawin  Janda / Duda

 Agama :  Islam  Kristen  Katolik  Hindu  Budha  Lainnya \_\_\_\_\_

 Apakah Anda perokok? :  Ya, \_\_\_\_\_ batang/hari  Tidak

Tinggi badan : \_\_\_\_\_ cm Berat badan : \_\_\_\_\_ kg

Nama Instansi/Perusahaan : \_\_\_\_\_

Jenis Usaha Instansi/Perusahaan : \_\_\_\_\_

Jabatan (khusus PNS/TNI/POLRI, sebutkan pangkat Anda) : \_\_\_\_\_

Jelaskan Tugas Anda Secara detail : \_\_\_\_\_

Jumlah Penghasilan : \_\_\_\_\_

 Gross Per Bulan :  Tidak ada penghasilan  < Rp10 Juta  Rp10 Juta - < Rp25 Juta

 Rp25 Juta - < Rp45 Juta  Rp 45 Juta - < Rp70 Juta  Rp70 Juta - < Rp100 Juta

 Lainnya \_\_\_\_\_

NPWP : \_\_\_\_\_

Alamat Tempat Tinggal Saat Ini : \_\_\_\_\_

Kota : \_\_\_\_\_

Kode Pos : \_\_\_\_\_

Provinsi : \_\_\_\_\_

Negara : \_\_\_\_\_

Telepon (Rumah) : \_\_\_\_\_

Handphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Alamat Tempat Kerja : \_\_\_\_\_

Kota : \_\_\_\_\_

Kode Pos : \_\_\_\_\_

Provinsi : \_\_\_\_\_

Negara : \_\_\_\_\_

Telepon (Kantor) : \_\_\_\_\_

Handphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

 Alamat Korespondensi :  Tempat Tinggal Saat Ini  Tempat Kerja

**SUMBER DANA PASANGAN PEMBAYAR PREMI**

1. Tujuan pengajuan Asuransi (pilihan dapat lebih dari satu)

 Proteksi  Tabungan  Pendidikan  Pensiun  Lainnya \_\_\_\_\_

2. Sumber penghasilan per bulan dari Pasangan Pembayar Premi (pilihan dapat lebih dari satu)

 Gaji  Pasangan (Suami/Istri)  Hasil Investasi  Bisnis Pribadi  Bonus/Insentif/Komisi

 Lainnya \_\_\_\_\_

D. PERNYATAAN KESEHATAN							
<p>Tertanggung, Pembayar Premi, dan Pasangan Pembayar Premi harus menjawab semua pertanyaan dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa Tambahan ini (dan dalam pernyataan pribadi yang menyangkut pertanyaan kesehatan yang diajukan oleh Allianz atau pemeriksaan kesehatan) secara lengkap dan jujur, jika tidak maka akan terjadi pembatalan polis yang telah diterbitkan. Berilah tanda (✓) pada kolom "YA" jika Ya atau "TIDAK" jika Tidak.</p> <p><b>Jika Anda menjawab "Ya" untuk setiap pertanyaan dibawah ini, maka mohon jelaskan secara detail jawaban Anda pada bagian "INFORMASI KONDISI KESEHATAN" pada halaman 7</b></p> <p><i>*) Hanya diisi jika mengambil rider Payor **) Hanya diisi jika mengambil rider Spouse Payor</i></p>		TERTANGGUNG		PEMBAYAR PREMI*		PASANGAN PEMBAYAR PREMI**	
		YA	TIDAK	YA	TIDAK	YA	TIDAK
1.	Apakah Anda mempunyai polis dan/atau sedang mengajukan permohonan asuransi jiwa, kesehatan, pada PT Asuransi Allianz Life Indonesia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Apakah Anda mempunyai polis dan/atau sedang mengajukan permohonan asuransi jiwa, kesehatan, pada perusahaan asuransi lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Apakah pernah pengajuan asuransi jiwa Anda ditolak, ditangguhkan atau diterima dengan pengecualian atau diterima dengan ekstra premi oleh perusahaan asuransi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Apakah Anda pernah mendapatkan atau saat ini sedang dalam pengobatan untuk kecanduan obat terlarang/penyalahgunaan obat terlarang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Apakah Anda sedang atau pernah didiagnosa menderita penyakit atau gejala penyakit atau melakukan aktivitas tersebut dibawah ini:						
	1. Asthma, bronchitis, TBC paru, flek paru, gangguan pernafasan pneumonia, batuk darah, batuk lama, atau penyakit paru lainnya atau gangguan sistem pernafasan lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Nyeri dada, serangan jantung, operasi/penyakit jantung koroner, penyempitan pembuluh darah jantung, operasi /penyakit katup jantung, jantung berdebar, penyakit jantung bawaan, demam rheumatic, gejala penyakit jantung lainnya, tekanan darah tinggi, tekanan darah rendah, peningkatan kolesterol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Stroke, kelainan pembuluh darah otak, radang otak, gangguan lain pada otak, kelainan pembuluh darah lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Penyakit kencing manis, penyakit kelenjar gondok/thyroid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Benjolan, tumor, kista, kanker, pembesaran kelenjar getah bening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Hepatitis A/ Hepatitis B / Hepatitis C, Hepatitis fulminant, penyakit hati kronis, penyakit hati lainnya, penyakit saluran pencernaan termasuk usus, maag / gastritis, kandung empedu, pancreatitis, hernia, luka / ulkus pada lambung atau usus, wasir / ambien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Penyakit ginjal, kandung kemih, kolik ginjal, batu ginjal, gagal ginjal, cuci darah, gangguan prostat, gangguan saluran kencing lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Kelainan darah, anemia, anemia aplastik, thalassemia, hemofilia, penyakit kelainan darah lainnya atau menerima transfusi darah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. Epilepsi, kejang, sakit kepala berulang, pusing migran, vertigo, pingsan, gangguan kesadaran, koma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Gangguan persendian, tulang, otot, gangguan tulang belakang, skoliosis, peningkatan asam urat, radang sendi, kelumpuhan, kelemahan anggota gerak, polio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. Depresi gangguan kecemasan, gangguan kejiwaan/psikologis/mental, autisme, gangguan sistem syaraf lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. Lupus eritematosus sistematis, penyakit sistem kekebalan (auto immune)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13. Penyakit menular seksual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14. Penyakit malaria, penyakit kaki gajah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15. Telinga berdengung, gangguan pendengaran, tuli, gangguan penglihatan, buta, gangguan berbicara, bisu penyakit telinga / hidung / tenggorokan (THT), sinus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16. HIV/ AIDS, kondisi yang berhubungan dengan AIDS termasuk diare menahun, demam berulang, luka di kulit berulang, dan berkepanjangan yang tidak diketahui penyebabnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Tertanggung, Pembayar Premi, dan Pasangan Pembayar Premi harus menjawab semua pertanyaan dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa Tambahan ini (dan dalam pernyataan pribadi yang menyangkut pertanyaan kesehatan yang diajukan oleh Allianz atau pemeriksaan kesehatan) secara lengkap dan jujur, jika tidak maka akan terjadi pembatalan polis yang telah diterbitkan. Berilah tanda (✓) pada kolom "YA" jika Ya atau "TIDAK" jika Tidak. <b>Jika Anda menjawab "Ya" untuk setiap pertanyaan dibawah ini, maka mohon jelaskan secara detail jawaban Anda pada bagian "INFORMASI KONDISI KESEHATAN" pada halaman 7</b> (*) Hanya diisi jika mengambil rider Payor **) Hanya diisi jika mengambil rider Spouse Payor	TERTANGGUNG		PEMBAYAR PREMI*		PASANGAN PEMBAYAR PREMI**	
		YA	TIDAK	YA	TIDAK	YA	TIDAK
17. Cacat fisik, kelainan bawaan, kelainan bentuk, gangguan anggota tubuh, amputasi, luka bakar, kematian selaput otot atau jaringan (gangrene)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Transplantasi organ vital tubuh seperti: sumsum tulang, ginjal, paru-paru, hati jantung, pankreas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Melakukan konsultasi ke dokter, melakukan pemeriksaan diagnostik seperti: pemeriksaan laboratorium, CT Scan, ECG, USG, Biopsi, Rontgen atau pemeriksaan penunjang lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Pernah dirawat atau sedang mendapatkan pengobatan dokter, mengkonsumsi obat secara teratur dan rutin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Pernah atau sedang menderita penyakit atau gejala-gejala selain yang disebutkan diatas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Apakah Anda pada saat pengisian Surat Permohonan Asuransi Tambahan ini dalam keadaan sehat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Hanya untuk wanita</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Pernah mengalami hasil pemeriksaan tidak normal dari USG payudara, mamogram, USG kandungan, pap smear atau pemeriksaan kandungan lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. Pernah mengalami keguguran, aborsi, atau kehamilan diluar kandungan atau komplikasi kehamilanlainnya, gangguan haid, kelainan/penyakit pada alatkandungannya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. Saat ini sedang hamil? Jika "Ya" berapa usia kandungan Anda? Tertanggung : <input type="text"/> <input type="text"/> Bulan atau <input type="text"/> <input type="text"/> Minggu Pembayar Premi : <input type="text"/> <input type="text"/> Bulan atau <input type="text"/> <input type="text"/> Minggu Pasangan Pembayar Premi : <input type="text"/> <input type="text"/> Bulan atau <input type="text"/> <input type="text"/> Minggu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Apakah ada di antara orang tua atau saudara kandung Anda yang pernah menderita sakit jantung diabetes, stroke, sakit ginjal, gangguan mental/kejiwaan/psikologis, kanker, atau penyakit keturunan lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum-minuman beralkohol? Jika "Ya", Sebutkan: Tertanggung : <input type="text"/> <input type="text"/> Gelas atau <input type="text"/> <input type="text"/> Botol per minggu Pembayar Premi : <input type="text"/> <input type="text"/> Gelas atau <input type="text"/> <input type="text"/> Botol per minggu Pasangan Pembayar Premi : <input type="text"/> <input type="text"/> Gelas atau <input type="text"/> <input type="text"/> Botol per minggu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Apakah pernah terjadi penurunan atau peningkatan berat badan Anda sebanyak > 5 kg dalam 1 tahun terakhir (tidak termasuk perubahan berat badan dibawah pengawasan profesional atau karena kehamilan)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Apakah setiap pekerjaan yang Anda lakukan mengharuskan Anda untuk melakukan tugas yang berada di bawah air, pertanian yang memerlukan penerbangan, dengan bahan peledak atau bahan kimia berbahaya dan/atau di ketinggian (tidak termasuk penumpang atau pilot atau pramugari/pramugara, awak kabin pesawat berjadwal/komersial)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Apakah saat ini Anda mengambil bagian dalam, atau berniat untuk mulai ambil bagian dalam terjun payung, terbang dengan pesawat carter (selain sebagai penumpang, pilot, pramugari/pramugara, awak kabin pesawat berjadwal/komersial), scuba diving, balap mobil, balap sepeda motor, mendaki gunung, panjat tebing, caving, terjun payung, gantole, tinju kompetitif, seni bela diri dan/atau kegiatan lainnya yang dianggap berbahaya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Tertanggung, Pembayar Premi, dan Pasangan Pembayar Premi harus menjawab semua pertanyaan dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa Tambahan ini (dan dalam pernyataan pribadi yang menyangkut pertanyaan kesehatan yang diajukan oleh Allianz atau pemeriksaan kesehatan) secara lengkap dan jujur, jika tidak maka akan terjadi pembatalan polis yang telah diterbitkan. Berilah tanda (√) pada kolom "YA" jika Ya atau "TIDAK" jika Tidak. <b>Jika Anda menjawab "Ya" untuk setiap pertanyaan dibawah ini, maka mohon jelaskan secara detail jawaban Anda pada bagian "INFORMASI KONDISI KESEHATAN" pada halaman 7</b> *) Hanya diisi jika mengambil rider Payor **) Hanya diisi jika mengambil rider Spouse Payor		TERTANGGUNG		PEMBAYAR PREMI*		PASANGAN PEMBAYAR PREMI**	
		YA	TIDAK	YA	TIDAK	YA	TIDAK
11.	<p><u>Sehubungan dengan NOVEL CORONAVIRUS - COVID-19/SARS-CoV-2</u></p> <p>1. Apakah anda pernah menjalani pemeriksaan/tes untuk novel coronavirus (COVID-19/SARSCoV-2 dan mendapatkan hasil positif atau reaktif? Jika Ya, mohon sebutkan tanggal pemeriksaan/tes yang dilakukan dan jenis dari pemeriksaan/tes tersebut (seperti antibody, antigen, PCR dan lainnya)</p> Tertanggung : _____ Pembayar Premi : _____ Pasangan Pembayar Premi : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>2. Apakah anda pernah menjalani karantina karena kemungkinan terpapar novel coronavirus (COVID 19/ SARSCoV-2)? Jika Ya, mohon sebutkan tanggal dan lokasi dimana anda menjalani karantina tersebut.</p> Tertanggung : _____ Pembayar Premi : _____ Pasangan Pembayar Premi : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>3. Apakah anda pernah kontak maupun melakukan kontak erat dengan seseorang yang menjalani karantina atau yang sudah didiagnosa novel coronavirus (COVID-19/SARS-CoV-2)? Jika Ya, mohon jelaskan secara rinci dan lengkap termasuk tanggal karantina dan tanggal diagnosa ditegakkan.</p> Tertanggung : _____ Pembayar Premi : _____ Pasangan Pembayar Premi : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>4. Apakah anda pernah mengalami satu atau beberapa gejala dibawah ini dalam 14 hari terakhir?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demam</li> <li>• Batuk</li> <li>• Nafas pendek/Sesak/susah bernafas</li> <li>• lemas (seperti gejala flu)</li> <li>• Hidung berair (lendir dari hidung)</li> </ul> Jika Ya, Mohon sebutkan gejala apa saja yang dialami dan jelaskan Tertanggung : _____ Pembayar Premi : _____ Pasangan Pembayar Premi : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>5. Pernyataan riwayat atau rencana perjalanan</p> <p>a. Mohon sebutkan riwayat perjalanan yang telah anda lakukan dalam 30 hari terakhir:</p> Negara : _____ Kota : _____ Tanggal Kedatangan : _____ Tanggal Keberangkatan : _____						
	<p>b. Mohon sebutkan riwayat perjalanan yang akan anda lakukan dalam 30 hari kedepan:</p> Negara : _____ Kota : _____ Tanggal Kedatangan : _____ Tanggal Keberangkatan : _____						

Informasi kondisi kesehatan (bila ada jawaban "Ya" pada "Pertanyaan Kesehatan")	
Pertanyaan No	Jika dijawab Ya, jelaskan dengan lengkap: <b>Diagnosanya, lama diderita, tanggal konsultasi (rawat), nama dan alamat dokter/rumah sakit/tempat konsultasi, serta kondisi saat ini.</b> (Harap menggunakan Form Perubahan/tambahan Surat Permohonan Asuransi (SPA), jika tempat tidak mencukupi)

Penjelasan

**TERTANGGUNG**

**PEMBAYAR PREMI**

**PASANGAN PEMBAYAR PREMI**

**E. DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-INDIVIDU**

Pemerintah Indonesia telah menyatakan tunduk pada ketentuan FATCA (*Foreign Account Tax Compliance Act*) dan CRS (*Common Reporting Standard*). FATCA bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan pajak dari penduduk atau orang yang berkaitan (*indicia*) dengan Amerika Serikat yang berdomisili, memiliki aset atau berpenghasilan di luar Amerika.

CRS bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan pajak dari warga negara mitra/yurisdiksi mitra yang memiliki aset atau penghasilan di luar negara domisili mereka. Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra adalah negara atau yurisdiksi yang terikat dengan Pemerintah Indonesia dalam Perjanjian Internasional. Data berikut dibutuhkan sesuai ketentuan FATCA dan CRS yang berlaku.

1. Apakah Anda adalah warga negara/wajib pajak di luar negeri selain Indonesia yang merupakan Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra?  Ya  Tidak

2. Apakah alamat tempat tinggal berdasarkan identitas Anda sama dengan alamat korespondensi?  Ya  Tidak  
 Jika "Tidak", mohon sebutkan alamat anda berdasarkan identitas. Jika "Ya" mohon lanjut ke pertanyaan ke-8

3. Alamat berdasarkan identitas : \_\_\_\_\_

4. Kota : \_\_\_\_\_ 5. Provinsi : \_\_\_\_\_

6. Kode Pos : \_\_\_\_\_ 7. Negara : \_\_\_\_\_

8. NPWP : \_\_\_\_\_

9. Informasi negara dimana Anda adalah sebagai wajib pajak selain Indonesia yang merupakan Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra

Kode Negara	Tax Identification Number (TIN)/Nomor Wajib Pajak	A/B/C*	Penjelasan apabila memilih B

\*Penjelasan alasan apabila TIN/Nomor Wajib Pajak tidak tersedia

Kode Negara	Penjelasan
A	Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra tidak mengeluarkan TIN kepada penduduknya
B	Pemegang Polis/Pemilik Rekening memang tidak dapat memperoleh TIN atau sejenisnya (Mohon jelaskan alasannya pada tabel di atas)
C	TIN tidak diwajibkan, hukum domestik dari negara/yurisdiksi yang bersangkutan tidak mewajibkan kelengkapan TIN

Jika formulir ini tidak mencukupi, dapat dibuat salinan (*copy*) untuk diisi

Untuk keperluan **FATCA**, isilah dengan memberi tanda  pada kotak jawaban yang sesuai

PERTANYAAN	YA	TIDAK
10. Apakah negara penerbit identitas Anda adalah Amerika Serikat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Apakah Anda lahir di Negara Amerika Serikat/Puerto Rico/American Samoa/United States Minor Outlying Islands/Kepulauan Virgin/Guam/Kepulauan Mariana Utara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika terdapat jawaban "Ya" pada salah satu dari pertanyaan 10 - 11 di atas, mohon menjawab pertanyaan berikut:

PERTANYAAN	YA	TIDAK
12. Apakah Anda memiliki ijin tinggal di Amerika Serikat ( <i>US green card</i> )?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Apakah Anda merupakan penduduk tetap berstatus asing di Amerika Serikat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Apakah Anda pembayar pajak ke Amerika Serikat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika terdapat jawaban "Ya" pada salah satu dari pertanyaan 12-14 di atas, mohon untuk mengisi formulir lain yang diperlukan\*)

\*) Formulir IRS (W-8BEN untuk warga Non Amerika Serikat namun terkait dengan Amerika Serikat; W-9 untuk warga Amerika Serikat)



**F. PERNYATAAN DAN JAMINAN**

Saya, sebagai Pemegang Polis / Tertanggung / Pembayar Premi / Pasangan Pembayar Premi atau selaku Orang Tua / Wali Tertanggung / ("Saya"), telah mengisi Surat Permintaan Asuransi Tambahan ("Formulir") ini dengan benar dan jujur dan dengan ini pula menyatakan dan menyetujui:

1. Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini (termasuk surat, formulir dan/atau dokumen lainnya sehubungan dengan Formulir ini) dan keterangan lain yang Saya sampaikan kepada Allianz, tenaga pemasar atau kepada pemeriksa kesehatan yang ditunjuk oleh Allianz adalah benar dan tidak ada keterangan-keterangan dan hal-hal lain yang Saya sembunyikan, serta Saya sendiri yang menandatangani Formulir ini (serta surat, formulir dan/atau dokumen lainnya sehubungan dengan Formulir ini).
2. Bahwa apabila ternyata pernyataan, keterangan, dokumen dan jawaban yang Saya berikan tidak benar/diragukan kebenarannya, maka Saya memahami serta menyetujui sepenuhnya bahwa Polis menjadi batal dan Allianz dibebaskan dari segala kewajibannya membayar Uang Pertanggungan, segala gugatan, tuntutan, klaim atau bagian dari itu dalam bentuk dan nama apapun, maupun mengembalikan Premi, baik saat ini maupun di kemudian hari.
3. Segala risiko yang timbul sehubungan dengan pengajuan pada Formulir ini sepenuhnya merupakan tanggung jawab Saya, dan Saya melepaskan Allianz dari segala tanggung jawab, gugatan, kerugian dan/atau tuntutan dalam bentuk apapun dari pihak manapun termasuk Saya baik saat ini maupun di kemudian hari sehubungan dengan pengajuan pada Formulir ini.
4. Saya mengerti dan memahami bahwa pengajuan pada Formulir ini hanya akan diproses oleh Allianz setelah seluruh dokumen yang dipersyaratkan disampaikan secara benar dan lengkap dan pengajuan akan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Allianz.
5. Saya menyetujui bahwa apabila diperlukan Allianz dapat meminta dokumen pendukung lainnya dan/atau melakukan verifikasi dan konfirmasi sehubungan dengan pengajuan pada Formulir ini melalui media yang ditentukan oleh Allianz. Dalam hal dokumen pendukung lainnya tidak disampaikan oleh Saya dalam jangka waktu yang ditentukan oleh Allianz atau verifikasi dan konfirmasi tidak berhasil dilakukan oleh Allianz, maka proses pengajuan pada Formulir ini tidak dapat diproses lebih lanjut.
6. Saya dengan ini memberikan persetujuan dan izin, kepada Allianz untuk:
  - a. menyimpan dan memproses data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan berikut ini:
    - (i) proses pengajuan permohonan asuransi;
    - (ii) penerbitan Polis;
    - (iii) penilaian risiko asuransi;
    - (iv) kegiatan operasional Allianz;
    - (v) pengajuan dan penanganan setiap klaim (termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan dan investigasi klaim);
    - (vi) pembayaran manfaat asuransi/klaim;
    - (vii) keperluan ko-asuransi termasuk penanganan klaim yang timbul atas ko-asuransi;
    - (viii) pelayanan nasabah termasuk penanganan keluhan/komplain;
    - (ix) pembayaran komisi;
    - (x) kerja sama dalam rangka penemuan atau pencegahan penipuan dan kejahatan keuangan;
    - (xi) setiap proses hukum yang melibatkan Allianz dan/atau tenaga pemasarnya;
    - (xii) kerja sama reasuransi dan/atau retrosesi;
    - (xiii) kepatuhan terhadap perintah pengadilan, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan/atau
    - (xiv) proses lainnya yang terkait dengan penyelenggaraan kegiatan asuransi;
  - b. mengungkapkan data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) kepada pihak-pihak berikut ini:
    - (i) ahli medis dan/atau pihak ketiga lainnya (termasuk mereka yang memberikan perawatan, pelayanan kesehatan dan/atau layanan lainnya kepada Saya);
    - (ii) setiap perusahaan (termasuk perusahaan penyedia layanan, perusahaan asuransi, dan perusahaan reasuransi), mitra, orang atau pihak ketiga yang ditunjuk dan/atau bekerja sama dengan Allianz;
    - (iii) perusahaan induk Allianz, afiliasi, anak perusahaan, agen dan perwakilannya dan/atau usaha patungan; dan/atau
    - (iv) otoritas, asosiasi asuransi dan/atau badan pemerintah (regulator), dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan sebagaimana yang diuraikan dalam butir 5 (a).

- c. Menyimpan serta memproses data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) dan mengungkapkan data dan/atau informasi pribadi tersebut untuk menanggapi perintah pengadilan atau proses hukum atau permintaan dari regulator manapun atau pihak berwenang atau untuk melindungi terhadap penipuan atau aktivitas ilegal lainnya atau untuk tujuan manajemen risiko atau untuk memungkinkan Allianz untuk melakukan upaya hukum yang tersedia atau membatasi kerusakan yang mungkin terjadi terhadap Allianz, dan/atau mematuhi hukum dan proses hukum termasuk tetapi tidak terbatas pada peraturan tentang FATCA dan CRS ("Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara"). Saya juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi kebutuhan terkait ("Informasi Terkait") dan dengan segera menyampaikan pengkinian data kepada Allianz jika ada perubahan atas Informasi Terkait tersebut.
7. Saya, dengan ini memberi kuasa dan izin kepada:
- a. setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, lembaga / instansi lainnya, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya, yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan atau kesehatan Saya, suami/istri atau putra/putri Saya, riwayat pengobatan atau perawatan di rumah sakit, nasihat-nasihat dokter baik selama Saya, suami/istri atau putra/putri Saya masih hidup atau meninggal dunia; dan/atau
- b. setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, lembaga / instansi lainnya, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang ditunjuk dan/atau direkomendasikan oleh Allianz,
- untuk memberitahu dan mengungkapkan kepada Allianz atau mereka yang diberi kuasa atau ditunjuk oleh Allianz, mengenai segala keterangan mengenai diri dan kesehatan Saya, suami/istri, atau putra/putri Saya, beserta catatan riwayat kesehatan, pengobatan atau perawatan, nasihat-nasihat dokter dan informasi lainnya tentang Saya, suami/istri, atau putra/putri Saya.
8. Saya dengan ini melepaskan ketentuan-ketentuan yang termaktub dalam pasal 1813, 1814 dan 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, serta pemberian kuasa yang tercantum dalam Formulir ini tidak dapat ditarik kembali dan mengikat para pengganti / ahli waris / Penerima Manfaat dan orang yang ditunjuk dan tetap berlaku setelah Saya meninggal atau dalam keadaan cacat atau berada di bawah pengampunan. Salinan (fotokopi) surat kuasa ini adalah sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama seperti aslinya.
9. Saya mengerti bahwa untuk mempelajari lebih lanjut tentang bagaimana Allianz melindungi data pribadi dan hak-hak saya dengan mengakses tautan berikut: <https://www.allianz.co.id/kebijakan-privasi.html>.
10. Apabila pembayaran yang dilakukan terdapat indikasi mencurigakan sebagaimana yang tercantum pada UU Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang & Pendanaan Terorisme, maka Penanggung dapat melakukan hal-hal yang dibutuhkan sebagaimana tercantum di dalam peraturan perundang-undangan tersebut.
11. Sehubungan dengan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan tentang Penerapan Program Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme di Sektor Jasa Keuangan:
- a. Saya menyadari, mengerti dan memahami bahwa Saya memiliki kewajiban untuk senantiasa melakukan pengkinian data kepada Allianz dan menyerahkan salinan dokumen pendukung yang berlaku.
- b. Saya juga setuju bahwa Allianz dapat menolak dan/atau membatalkan transaksi, apabila Saya (1) tidak melakukan pengkinian data; (2) diketahui dan/atau patut diduga menggunakan dokumen palsu atau menyampaikan informasi yang diragukan kebenarannya; (3) terdapat di dalam Daftar Terduga Teroris, Organisasi Teroris dan Proliferasi Senjata Pemusnah Massal; dan/atau (4) kondisi lainnya sebagaimana diatur pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
12. Saya mengakui dan menyetujui bahwa Formulir ini dapat ditandatangani dengan tanda tangan elektronik (baik seluruhnya atau sebagian), yang harus dianggap sebagai tanda tangan asli untuk semua tujuan dan yang memiliki kekuatan hukum yang sama dengan tanda tangan asli (basah). Saya mengakui dan menyetujui bahwa, dalam setiap proses hukum dalam setiap hal yang sehubungan dengan Formulir ini dan/atau produk asuransi dan/atau permohonan ini, Saya secara tegas mengesampingkan setiap hak untuk (i) mengajukan pembelaan atau pelepasan tanggung jawab/kewajiban; dan/atau (ii) membatalkan Formulir ini, atas alasan penandatanganan Formulir ini oleh Saya dengan tanda tangan elektronik.
13. Dengan menandatangani Formulir ini, maka Saya mengkonfirmasi keputusan untuk melanjutkan transaksi yang tercantum pada Formulir ini.
14. **Khusus untuk polis asuransi syariah**, jika proses permohonan perubahan Polis atau pemulihan Polis ini belum selesai pada 31 Oktober 2023, maka pada tanggal 1 November 2023, PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia akan mengambil alih proses permohonan perubahan Polis atau pemulihan Polis ini. Dalam hal ini, semua rujukan pada "PT Asuransi Allianz Life Indonesia" atau "Allianz" dalam Formulir ini dan dokumen pendukungnya akan dianggap merujuk pada "PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia".

Dibuat dan ditandatangani di \_\_\_\_\_ tanggal pengajuan (tanggal/bulan/tahun) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tanda Tangan  
Tertanggung

Tanda Tangan  
Pemegang Polis

TandaTangan  
Pembayar Premi

TandaTangan  
Pasangan Pembayar Premi

\_\_\_\_\_  
(Nama Lengkap)

\_\_\_\_\_  
(Nama Lengkap)

\_\_\_\_\_  
(Nama Lengkap)

\_\_\_\_\_  
(Nama Lengkap)

**Data Tenaga Pemasar**

Nama Tenaga Pemasar : \_\_\_\_\_

Nomor telepon/handphone: \_\_\_\_\_

Nama Leader : \_\_\_\_\_

Nomor telepon/handphone: \_\_\_\_\_

Tanda Tangan

\_\_\_\_\_  
(Nama Lengkap)

Diverifikasi oleh :  Agency  Allianz Center

Nama : \_\_\_\_\_

Tanggal : \_\_\_\_\_

Telepon : \_\_\_\_\_

Tanda Tangan

\_\_\_\_\_  
(Nama Lengkap)

Catatan diisi oleh Kantor Pusat

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_